



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**Universidade Nova de Lisboa**



**A FAMÍLIA CUIDADORA PERANTE A DEPENDÊNCIA  
DO SEU FAMILIAR IDOSO**

Anabela Costa

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre  
em Saúde e Envelhecimento

Orientadora:

Professora Doutora Maria Amália Silveira Botelho

Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Nova de Lisboa

Julho, 2012



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**Universidade Nova de Lisboa**



**A FAMÍLIA CUIDADORA PERANTE A DEPENDÊNCIA  
DO SEU FAMILIAR IDOSO**

Anabela Costa

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre  
em Saúde e Envelhecimento

Orientadora:

Professora Doutora Maria Amália Silveira Botelho

Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Nova de Lisboa

Julho, 2012

## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que me apoiaram nesta caminhada, aos familiares mais próximos, aos meus filhos pelo tempo que não estive com eles e a todos os amigos, sem o apoio dos quais não seria possível a concretização deste estudo.

Agradeço à Professora Maria Amália Botelho pela orientação que me proporcionou, pelo apoio e observações pertinentes efectuadas, pela sua disponibilidade, amabilidade e compreensão ao longo do percurso do estudo.

À Direcção de Enfermagem do Hospital CUF Descobertas, às Chefias do Serviço de medicina e cirurgia e a toda a equipa de enfermagem pela disponibilidade e colaboração na aplicabilidade dos questionários.

A todos os cuidadores ou gestores de cuidados e aos idosos dependentes que partilhando as suas vivências tornaram possível a efectivação do estudo.

A todas as pessoas que contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

## RESUMO

O envelhecimento demográfico tem vindo a acentuar-se nas últimas décadas. É expectável um aumento mais acentuado no número de pessoas com mais de 80 anos, o que importará maiores custos médicos, mais suporte familiar e comunitário, maior probabilidade de cuidados de longa duração devido à prevalência de doenças crónicas. Conduzindo a uma maior procura de apoios formais e informais.

A preocupação com aqueles que atingem idades avançadas tem vindo a suscitar inquietação face à urgência de necessidades de suporte, sentidas por familiares, amigos e vizinhos.

A questão central que orientou este estudo diz respeito aos familiares cuidadores ou gestores de cuidados do seu familiar idoso dependente e ao idoso dependente. Procurei identificar quais as dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas pela família cuidadora ou gestora dos cuidados prestados ao idoso dependente, descrever e caracterizar a dependência destes idosos.

É um estudo transversal, exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. Apliquei um questionário a 25 familiares cuidadores ou gestores dos cuidados a idosos dependentes, internados nos serviços de medicina e cirurgia de um hospital privado, Hospital CUF Descobertas, possuindo previamente alguma dependência.

Dos dados obtidos ressalta que as principais dificuldades sentidas pelos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados são essencialmente na gestão do tempo e a saúde do cuidador. Estratégias mais desenvolvidas foram o recurso a empregada doméstica e a outros familiares. Posso Concluir que há uma tendência preferencial por parte da família, na complementaridade de apoios informais e formais para prestar os cuidados ao idoso dependente no seio da família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Familiar cuidador; Idosos dependentes; Necessidades; Estratégias.

## **ABSTRACT**

Demographic aging has risen progressively over the past decades. The number of people over the age of 80 years old is expected to increase considerably and surely result in the rise of medical costs, the growing need for additional community and family support, higher probability of long-term medical care due to the increased risk of chronic disease and the seeking of help regarding formal and informal support.

The concern with persons that attain advanced age has brought about a certain degree of uneasiness regarding the urgency of the need of support systems felt by family members, friends, neighbours.

The main topic that has steered this study pertains to the family caregivers or the care managers of dependant elderly relatives and dependant elderly persons. I endeavoured to identify encountered difficulties and the strategies undertaken by family caregivers or care managers in regard to the elderly dependant, to describe and characterize the nature of the dependency of these elderly persons.

Furthermore, this study could be defined as being wide-reaching, exploratory and descriptive, by means of a qualitative and quantitative approach. I utilized a questionnaire that involved 25 family caregivers and care managers of dependant elderly (hospitalized in medical or surgery wards of private hospital, CUF Descobertas Hospital and suffering from some type of dependency).

Conclusions: The main difficulties felt by family caregivers or care managers are primarily related to time management and the health of the caregiver. Let it be mentioned that more developed strategies were adopted such as the employment/recruitment of a housemaid and the help of other relatives. In sum, it can be concluded that there is a preferential tendency by families in seeking the complementarity of informal and formal support in order to provide the necessary care to the dependent elderly in the family environment.

**KEY WORDS:** family caregiver; dependent elderly; necessities; strategies

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>PARTE I - 5 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>1 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>- 6 -</b>
1.1- ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO NO ÂMBITO MUNDIAL E EUROPEU .....	- 6 -
1.2 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL.....	- 7 -
1.3 - ENVELHECIMENTO E MORBILIDADE .....	- 8 -
1.4 – ENVELHECIMENTO E O ESTADO SOCIAL.....	- 10 -
<b>2 - A DEPENDÊNCIA NOS IDOSOS .....</b>	<b>- 13 -</b>
2.1- O CONCEITO DE DEPENDÊNCIA E A AUTONOMIA FUNCIONAL.....	- 14 -
2.2- A DEPENDÊNCIA E O DECLÍNIO DAS CAPACIDADES COGNITIVAS .....	- 16 -
<b>3 - A FAMÍLIA E OS IDOSOS DEPENDENTES .....</b>	<b>- 18 -</b>
3.1- ALTERAÇÕES DA ESTRUTURA FAMILIAR .....	- 19 -
3.2 – A ESTRUTURA FAMILIAR ACTUAL E A SOLIDARIEDADE FAMILIAR .....	- 20 -
3.3- A FAMÍLIA PRESTADORA DE CUIDADOS INFORMAIS .....	- 21 -
3.4- A CONCILIAÇÃO ENTRE O TRABALHO REMUNERADO E OS CUIDADOS FAMILIARES.....	- 24 -
3.5 - IMPACTO DO CUIDAR NAS RELAÇÕES FAMILIARES.....	- 26 -
3.6 - NECESSIDADES DO FAMILIAR CUIDADOR.....	- 28 -
3.7 - ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELO FAMILIAR CUIDADOR.....	- 30 -
3.7.1 - <i>Redes informais</i> .....	- 31 -
3.7.2 – <i>Redes formais</i> .....	- 32 -
<b>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>- 37 -</b>
<b>1 - METODOLOGIA .....</b>	<b>- 38 -</b>
1.1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	- 38 -

1.2 - TIPO DE ESTUDO .....	- 38 -
1.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	- 39 -
1.3.1- <i>Definição da Amostra</i> .....	- 39 -
1.3.2 - <i>Método de recrutamento</i> .....	- 39 -
1.3.3 - <i>Crítérios de inclusão e não inclusão</i> .....	- 39 -
1.4 – CONSENTIMENTO INFORMADO .....	- 40 -
<b>2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>- 40 -</b>
2.1- INQUÉRITO .....	- 41 -
2.2 – CARACTERIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	- 42 -
2.2.1- <i>Caracterização da saúde dos familiares cuidadores/gestores de cuidados</i> .....	- 42 -
2.2.2 - <i>Caracterização da prestação dos cuidados dos familiares cuidadores e/ou gestores de cuidados ao idoso dependente</i> .....	- 42 -
2.2.3 - <i>Caracterização dos Problemas de Saúde e da Dependência do Idoso</i> .....	- 44 -
2.2.4- <i>A avaliação e classificação da dependência dos idosos</i> .....	- 44 -
2.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS .....	- 49 -
<b>3- RESULTADOS .....</b>	<b>- 49 -</b>
3.1- FAMILIARES CUIDADORES E/OU GESTORES DE CUIDADOS.....	- 49 -
3.1.1 <i>Caracterização sócio-demográfica dos familiares cuidadores e/ou gestores de cuidados</i> .....	- 49 -
3.1.2 - <i>Caracterização da saúde dos familiares cuidadores/gestores de cuidados</i> .....	- 53 -
3.2- IDOSOS DEPENDENTES.....	- 54 -
3.2.1 - <i>Caracterização sócio-demográfica dos idosos</i> .....	- 54 -
3.2.2 - <i>Caracterização da saúde dos Idosos Dependentes</i> .....	- 57 -
3.3 - CARACTERIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DOS FAMILIARES CUIDADORES E/OU GESTORES DE CUIDADOS.....	- 63 -
<b>4 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>- 67 -</b>
<b>5 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>- 79 -</b>

<b>6 - BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>- 80 -</b>
-------------------------------	---------------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>- 83 -</b>
--------------------	---------------

<b>ANEXO I - 84 - QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>- 84 -</b>
--	---------------

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura n.º 1- score de Locomoção .....</b>	<b>-58-</b>
---	-------------

<b>Figura n.º 2- score de Autonomia Física.....</b>	<b>-59-</b>
---	-------------

<b>Figura n.º 3- score de Autonomia Instrumental .....</b>	<b>- 59-</b>
--	--------------

<b>Figura n.º 4- score de Dependência Física .....</b>	<b>-60-</b>
--	-------------

<b>Figura n.º5- score de queixas dos idosos .....</b>	<b>-60-</b>
---	-------------

<b>Figura n.º6 – score de orientação no tempo.....</b>	<b>-61-</b>
--	-------------

<b>Figura n.º7 – score de orientação no espaço .....</b>	<b>-61-</b>
--	-------------

<b>Figura n.º8 – score de dependência de predomínio cognitivo .....</b>	<b>-62-</b>
---	-------------

<b>Figura n.º9 – score de dependencia total (física e cognitiva) .....</b>	<b>-62-</b>
--	-------------

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro n.º1 - Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores ou gestores de cuidados segundo o sexo .....</b>	<b>-50-</b>
---	-------------

<b>Quadro n.º2 – Distribuição por estado civil e coabitação dos familiares cuidadores /ou gestores dos cuidados .....</b>	<b>-51-</b>
---	-------------

<b>Quadro n.º3 - Distribuição por grau de parentesco dos familiares cuidadores/gestores dos cuidados e por estado civil dos idosos dependentes .....</b>	<b>-51-</b>
--	-------------

<b>Quadro n.º4 - Caracterização socioeconómica dos familiares cuidadores ou gestores de cuidados segundo o sexo .....</b>	<b>-52-</b>
---	-------------

<b>Quadro n.º5 - Distribuição por problemas de saúde dos familiares cuidadores/ gestores dos cuidados, segundo a International Classification of Primary Care-2, (ICPC2).....</b>	<b>-53-</b>
---	-------------

<b>Quadro n.º6 - Caracterização da saúde dos familiares cuidadores/gestores de cuidados segundo o sexo.....</b>	<b>-54-</b>
---	-------------

<b>Quadro n.º 7 - Caracterização sóciodemográfica dos idosos segundo o sexo .....</b>	<b>-55-</b>
---	-------------

<b>Quadro n.º8 -Caracterização económico-social dos idosos segundo o sexo.....</b>	<b>-56-</b>
--	-------------

<b>Quadro n.º 9- Distribuição por problemas de saúde do idoso, adaptado da International Classification of Primary Care-2, (ICPC-2) .....</b>	<b>-57-</b>
---	-------------

<b>Quadro n.º10 - Distribuição por problemas que levaram à Dependência .....</b>	<b>-57-</b>
--	-------------



<b>Quadro n.º11</b> – Classificação das quedas do idoso no último ano .....	<b>-58-</b>
<b>Quadro n.º 12-</b> distribuição por “Motivos dos cuidadores para cuidarem, gerir ou supervisionar os cuidados ao seu idoso dependente” .....	<b>-63-</b>
<b>Quadro n.º13</b> – Distribuição por “tipo de tarefas, apoio ou cuidados” e por sexo dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados.....	<b>-63-</b>
<b>Quadro n.º14</b> – Distribuição por “tipo de tarefas, apoio ou cuidados” e “ajuda de terceiros ou de uma instituição” dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados .....	<b>-64-</b>
<b>Quadro n.º15</b> – Distribuição por tipo de apoio: “ajuda de terceiros ou de uma instituição” dos familiares cuidadores /gestores dos cuidados .....	<b>-64-</b>
<b>Quadro n.º16</b> – Distribuição por “motivo da institucionalização dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados” .....	<b>-65-</b>
<b>Quadro n.º 17</b> – Distribuição por “aspectos da alteração da dinâmica familiar” dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados .....	<b>-65-</b>
<b>Quadro n.º18</b> – Distribuição por “dificuldades e/ou necessidades nas tarefas de cuidar ou gerir os cuidados” dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados.....	<b>-66-</b>
<b>Quadro n.º 19</b> - Distribuição por “como ultrapassou as dificuldades” - dos familiares cuidadores/ gestores dos cuidados. ....	<b>-66-</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### ABREVIATURAS

Ed. – Edição

nº - número

### SIGLAS

INE- Instituto Nacional de Estatística

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ONU- Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – União Europeia

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento crescente da população portuguesa e mundial é uma realidade que não podemos ignorar. Este fenómeno tem-se vindo a acentuar nas últimas décadas e torna-se imperativo reflectir sobre o seu impacto nas actuais sociedades. Segundo a OMS (2002), prevê-se que em 2025 haverá 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos no mundo. Entre 2005 e 2050 terão triplicado e as pessoas com mais de 80 anos aumentarão aproximadamente mais 5 vezes (Fernandes, 2008). Para o aumento esperado da percentagem da população idosa contribuirá sobretudo a tendência de evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% do total de efectivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060 (INE, 2009).

Decorrente do aumento da esperança de vida, da diminuição da mortalidade, devido à melhoria da qualidade de vida e dos serviços de saúde surge a dependência física ou mental dos idosos, havendo maior grau de dependência em idades mais avançadas. Em resultado da diminuição da mortalidade e do aumento da morbilidade é expectável o aumento das necessidades a nível dos cuidados de saúde e sociais (Gil, 2010).

São co determinantes do envelhecimento e da maior ou menor exposição ao risco de perda da autonomia os rendimentos, o habitat, os cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil, o acesso à informação e ao conhecimento (Quaresma:2004). Segundo o mesmo autor *“(...)As gerações mais velhas ao viverem mais anos estão sujeitas à ocorrência de situações incapacitantes relacionadas com o envelhecimento biológico e /ou associadas a problemas decorrentes de doenças contraídas ao longo da vida, indissociáveis, na sua génese e evolução, importa não esquecer , das condições objectivas de existência.”*

O rápido envelhecimento, principalmente nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas familiares e no papel da família. Em confrontação com o passado, hoje há menos familiares potencialmente disponíveis para prestar cuidados devido à diminuição da fecundidade e ao aumento do índice de dependência de idosos (José e Wall, 2006). Esta diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do aumento do número de idosos a necessitar de cuidados tem influenciado os cuidados informais, pelo que cada vez mais, é importante equacionar a nível dos apoios formais, medidas que permitam às famílias continuar a cuidar dos idosos (Figueiredo:2006). Desenvolvem-se novas funções de prestação de cuidados, tradicionalmente desempenhadas pela família, que são determinantes para a implementação de medidas de protecção social, de modo a garantir cuidados e apoios necessários aos idosos com diminuição da sua autonomia.

O idoso provém de uma época na qual a família era alargada, caracterizando-se por um convívio intenso e frequente entre as gerações. A sociedade moderna fez com que a família se constituísse de forma nuclear, ou seja, convivendo sobre o mesmo tecto pais e filhos. A solidariedade natural entre as gerações está comprometida por transformações sociais ocorridas ao longo deste século (Fernandes, 1997). É no contexto da crise do Estado - Providência que assenta o papel das solidariedades intergeracionais informais na velhice, sendo um complemento da acção do Estado. “ *O apelo ao comunitário e às redes sociais de suporte (formal e informal), na velhice surge nos discursos políticos como a pedra angular das novas relações entre estado e sociedade*” (Gil, 1999: 96). Estamos perante duas lógicas distintas, mas complementares, as redes sociais de solidariedades informais (família, amizade, vizinhança) e as solidariedades públicas na velhice, solidariedades formais (Gil, 1999).

Nas sociedades urbanas industrializadas, as solidariedades entre os membros da família torna-se importante na sociabilidade das sociedades. As formas de se relacionarem entre si adaptam-se às novas situações e tomam outras formas, tendo em vista o objectivo de não quebrar os laços e de manter a solidariedade (Fernandes, 1997a).

No que respeita ao potencial de trocas materiais, afectivas, estabelecidas entre pais, filhos e netos e até bisnetos são factores muito positivos para a relação. Porém, um dos aspectos preocupantes do envelhecimento das populações é o aparecimento de certas incapacidades físicas e mentais, em idade avançadas, por representar um encargo para a geração dos filhos, tendo estes, por vezes, ainda descendentes a cargo (Fernandes, 1999).

O envelhecimento de um dos membros da família confronta esta com alguém que vai adquirindo dependência, doenças crónicas, e perdendo competências cognitivas. Assim, algumas tarefas solicitadas à família ultrapassam as suas competências e as suas capacidades, pois a família pode não ter competências a nível dos cuidados de saúde a prestar ao idoso. Pode ter dificuldade na gestão do tempo para conciliar cuidados aos filhos, ao idoso e trabalhar (Sousa:2006).

A biografia familiar define papéis, rotinas e visões do mundo partilhadas, por vezes, de forma inconsciente, que se transformam em regras de relacionamento, influenciando a vivência actual através da tradição familiar dos cuidados aos idosos e do enredo da ligação com este idoso. As tradições familiares, os estilos emocionais e os valores relacionados com a cultura vão se renovando ao longo das várias gerações familiares, mas vão mantendo as características (Sousa:2006).

Segundo a cultura portuguesa, cuidar dos idosos é uma das funções da família e aliado à hostilidade para com as instituições, pressiona a família no sentido de manter essa função, sem questionar as exigências e as necessidades associadas (Figueiredo:2006).

Deste modo, optei pelo **tema “A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso”** por se revelar de enorme interesse e com grande impacto no contexto actual. Considero que a nossa sociedade deveria estar devidamente informada e preparada para estas situações, que cada vez são mais comuns no seio familiar. Várias vezes fui abordada por amigos, vizinhos, familiares, quando se depararam com uma situação de dependência de um ente querido e normalmente perguntam: “ E agora o que é que eu faço?” ou “Como vou resolver esta situação?”.

O aparecimento de doenças incapacitantes, principalmente quando surgem de forma repentina provocam limitações físicas, cognitivas e sociais, colocam dúvidas às pessoas e à família nunca antes vivenciadas. Torna-se um problema angustiante e stressante para a família porque esta não está preparada para esta situação, não tem informação adequada, e não sabe quais os serviços de apoio existentes e disponíveis, se existem subsídios e quais, quais os seus direitos como cuidadores (Figueiredo:2006). Provoca alterações na dinâmica familiar, modificando drasticamente a rotina da família. As famílias têm a sua vida organizada, os seus compromissos, as suas rotinas, e repentinamente deparam-se com a dependência do seu familiar idoso ou esta dependência já existe mas surge um agravamento da situação. Surge a necessidade de fazer algumas alterações, tais como, uma reorganização familiar, uma alteração de rotinas, uma reavaliação de papéis no seio da própria família. Tais situações podem provocar uma certa ansiedade e angústia perante o seu desconhecimento não sabendo como agir.

A reflexão sobre esta realidade levou-me a delinear como orientação deste estudo, a seguinte **pergunta de partida** - Quais as dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas pela família cuidadora ou gestora dos cuidados prestados desde o surgimento de dependência do seu familiar idoso?

Tendo como fio condutor a questão de partida, para a elaboração deste estudo tracei como **objectivo geral**: Identificar quais as dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas pelas famílias cuidadoras ou gestoras de cuidados prestados aos idosos dependentes desde o surgimento da dependência.

Delineei como **objectivos específicos**:

- Caracterizar os idosos dependentes;
- Classificar o grau de dependência dos idosos;
- Caracterizar as famílias cuidadoras ou gestoras dos cuidados aos idosos dependentes;
- Identificar as necessidades sentidas, pelas famílias dos idosos dependentes;
- Enumerar as principais estratégias desenvolvidas pelas famílias dos idosos dependentes;
- Identificar quais os recursos sociais existentes e disponíveis na comunidade para dar resposta a uma situação de dependência dos idosos.

O presente trabalho está dividido em duas partes, contendo cada uma, diversos capítulos. A primeira consiste em enquadrar teoricamente o problema de pesquisa através de uma identificação dos temas mais relevantes para o seu desenvolvimento. Assim, irei abordar temas como, o envelhecimento demográfico, a problemática do envelhecimento em Portugal, a dependência nos idosos, a família e o idoso dependente, as alterações que a dependência de um idoso acarreta na dinâmica familiar, as necessidades, as dúvidas, os sentimentos da família perante a dependência do seu ente querido, os apoios sociais para idosos dependentes e sua família e quais as estratégias mais procuradas pela família para fazer face a esta problemática.

A segunda parte consiste na conceptualização do estudo empírico, onde se descreve e justifica a metodologia utilizada e as principais etapas de recolha e tratamento de dados, descreve-se e interpreta-se os resultados da investigação, culminando com a discussão e conclusão dos resultados da investigação, onde se expõe os resultados mais evidentes, as principais conclusões e algumas sugestões.

**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

## 1 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento da proporção das pessoas com mais de 65 anos na população total, comparativamente com a diminuição da população jovem ou população activa (INE, 2002).

Este fenómeno demográfico é uma característica das sociedades modernas, industrializadas e urbanizadas e resulta da alteração demográfica ao longo dos anos. Resulta do controlo voluntário da fecundidade diminuindo assim a natalidade; resulta do controlo da mortalidade e da morbilidade sobretudo nas idades mais avançadas, traduzindo-se no aumento da longevidade devido à melhoria da qualidade de vida e dos serviços de Saúde e resulta também dos fluxos migratórios. Segundo Gil (2010), os fluxos migratórios a partir da década de 60 provocaram grandes alterações na estrutura etária. Tudo isto fomenta alterações no equilíbrio proporcional dos grupos etários, ou seja, uma diminuição considerável do número de jovens e aumento do número de idosos (Fernandes, 1999).

### 1.1– ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO NO ÂMBITO MUNDIAL E EUROPEU

O envelhecimento da população decorre segundo a Comunicação da Comissão da EU (2006), de várias tendências demográficas:

- O número médio de filhos por mulher é 1,5 filhos na UE em 2006 enquanto o limiar de renovação de gerações é 2,1. A UE prevê para 2030 uma taxa de 1,6;
- O declínio da fecundidade (“baby crash”) seguiu-se ao “baby-boom” que está na origem da grande parte das pessoas dos 45-65 anos na população europeia, o que coloca alguns problemas em termos de financiamento das reformas;
- A esperança de vida aumentou 8 anos entre 1960 e 2006 e poderá aumentar mais 5 anos entre 2006 e 2050, aumentando a proporção de pessoas com idades de 80 e 90 anos.
- O fluxo migratório era de 1,8 milhões de imigrantes com destino à UE em 2004, em 2050 segundo as projecções do Eurostat será de 40 milhões de imigrantes, podendo compensar os efeitos da baixa fecundidade e do prolongamento do tempo de vida.

O Japão é a região do mundo a nível populacional mais envelhecida, seguindo-se a Europa. Prevê-se que no Japão em 2030 aproximadamente 40% da população terá 80 ou mais anos (Harper, 2006). Na UE prevê-se que até 2025, 20% da população terá mais de 65 anos e que até 2050 cresça para 70% e o número de pessoas com mais de 80 anos aumente 170% (Saúde-EU).

Segundo as projecções, em 2050, Portugal será o quarto país da UE-25 com mais idosos (31,9%), só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,5%) e Grécia (32,5%) (Gesaworld, 2005).

A nível europeu, entre 1994 e 2004 a esperança média de vida à nascença aumentou para valores de 74,9 anos nos homens e 81,3 anos nas mulheres, valores muito semelhantes aos de Portugal no mesmo período de tempo situando-se em 74,5 anos para os homens e 81,0 anos para as mulheres (Carrilho, 2006). O envelhecimento é um factor de género, onde as mulheres predominam entre os idosos, em consequência da sobremortalidade masculina.

Relativamente à esperança de vida aos 60 anos na UE15, os melhores resultados vão para a população masculina, oscilando entre 17 e 21 anos, sendo os valores mais altos nos países da Europa do Norte, nomeadamente, na Suécia com 21 anos de esperança de vida. No respeitante ao sexo feminino, é a França que apresenta uma esperança de vida aos 60 anos mais alta, com 25,7 anos, os países que apresentam os valores mais baixos são a Dinamarca e a Irlanda (Gil, 2010:71). Com o alargamento da Europa, os níveis mais baixos pertencem à Letónia, Estónia e Hungria, ainda muito afastados dos 70 anos no caso dos homens e dos 78 anos para as mulheres (Carrilho, 2006).

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial que se vem manifestando de forma rápida e distinta nos países, trazendo grandes desafios para as políticas públicas em assegurar a continuidade do processo de desenvolvimento económico e social, garantindo a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.

## 1.2 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

A sociedade portuguesa actual tende para um aumento da população idosa. Esta realidade, embora comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto a nível social relevante. Também em Portugal, a diminuição da mortalidade e da natalidade se tem traduzido no progressivo envelhecimento da população. Paralelamente tem-se verificado o aumento da esperança de vida, que reflecte a melhoria do nível de saúde dos portugueses nos últimos anos. Segundo Fernandes (1999), foi entre 1970 e 1981 que o aumento da população idosa foi mais elevado (3,06%).

Segundo um exercício realizado pelo INE (2009) relativamente às projecções de população residente em Portugal entre 2008-2060 prevê-se um aumento notável da população com 65 ou mais anos de idade, que quase duplicará de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060 (num cenário central), mas em qualquer dos cenários considerados, relativamente à população em idade activa, os resultados apontam para a diminuição dos subgrupos etários “15 a 24”, “25 a 39” e “40 a 54”, e para um aumento do grupo etário “55 a 64”. Estes resultados



demonstram o expectável envelhecimento da população em idade activa. Para o incremento esperado da percentagem da população idosa contribuirá principalmente o aumento da população mais idosa, 80 e mais anos de idade. A diminuição da população jovem e o aumento da população idosa traduz o aumento do índice de envelhecimento da população, partindo do cenário central, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor traçado para 2009 que é de 116 idosos por cada 100 jovens (INE, 2009). Com o aumento da população com mais de 65 anos assiste-se ao envelhecimento da própria população idosa, aumentando o grupo dos idosos com mais de 75 anos.

Portugal cresceu a um ritmo fraco e decrescente entre 2001 e 2009. O crescimento deve-se quase exclusivamente ao saldo migratório, o saldo natural diminuído, torna-se, em média, negativo desde 2006 a 2009 [...] A diminuição da fecundidade acentua-se, situando-se em níveis inferiores aos necessários para renovar as gerações. A longevidade aumenta e os devidos efeitos na composição etária da população marcam o processo do envelhecimento demográfico (Carrilho e Patrício, 2010).

### 1.3 - ENVELHECIMENTO E MORBILIDADE

Este processo natural (envelhecimento) é mediado por factores genéticos, factores ambientais e comportamentais, o estilo de vida que cada indivíduo adopta ao longo da vida pode acelerar ou retardar o ritmo do envelhecimento consoante o nível de stresse, hábitos de higiene, exercício físico, hábitos tabágicos, bem-estar físico e psíquico (Botelho: 2007).

Fernandes (1999) refere que o problema do envelhecimento não será pacífico pois acarreta problemas económicos, políticos, financeiros e sociais, envolvendo gastos assistenciais, sanitários e médicos imediatos para o Estado. Por um lado, a longevidade é vista como uma conquista em qualidade de vida. Esta geração estará melhor preparada física e materialmente para resistir às doenças e sobreviver com saúde, mas por outro lado, e para os mais pessimistas, a longevidade não beneficia a humanidade, já que significa ficar mais vulnerável às doenças, a perturbações mentais, patologias crónicas e incapacitantes.

Também Montezuma (2008) alega que as gerações mais velhas são mais numerosas e atingem idades mais avançadas, logo surgirá um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência, que mais cedo ou mais tarde irão necessitar de apoio familiar, social e de saúde. A prevalência de doenças crónicas e a longevidade actual em Portugal são as principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades.

O envelhecimento pode acarretar alterações na vida do idoso, afectando-lhe a funcionalidade, mobilidade, saúde, privando-o de uma vida autónoma e saudável diminuindo-lhe a qualidade de vida (Botelho: 2007).

Segundo Kramer (1980), citado por Gil (2010), a longevidade acarreta um aumento de problemas mentais, doenças crónicas e incapacitantes, traduzindo-se numa maior duração da perturbação da capacidade funcional. Assim, haverá um aumento das doenças degenerativas associadas ao envelhecimento e a diminuição da mortalidade levará ao prolongamento no tempo das doenças crónicas e das manifestações da incapacidade funcional (Gil, 2010).

Segundo Carrilho e Patrício (2006), as principais causas de morte registadas em 2003 são as doenças do aparelho circulatório (37,6%), os tumores/ neoplasias (21,3%) e os sintomas, os sinais e os resultados anormais (10,0%). Em relação às doenças do aparelho circulatório, as cerebrovasculares continuam a ser a primeira causa de morte em Portugal (17,5% do total das mortes) e representam o dobro das cardiopatias isquémicas (8,8%), afectam principalmente as mulheres e têm a maior expressão nas idades avançadas, ocorrendo 42% a partir dos 65 anos. Em 2003, a importância relativa da morte por doenças cérebro vasculares continuou a progredir e assume maior importância nos homens a partir dos 50 anos sendo praticamente o dobro da ocorrida nas mulheres. A situação inverte-se a partir dos 75 anos de idade, quando a sobremortalidade feminina se torna fortemente gravosa, traduzindo a maior longevidade da mulher.

As doenças que mais afectam os idosos a nível europeu são as cardiovasculares, cancro, saúde mental, diabetes mellitus; doenças respiratórias crónicas e afecções músculo-esqueléticas (Portal da Saúde Pública da União Europeia).

As doenças cérebro vasculares, à semelhança das doenças isquémicas, pneumonia, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos estão particularmente associadas ao envelhecimento (Carrilho e Patrício, 2006).

No respeitante aos tumores malignos, em 2003, o da laringe, traqueia, brônquios e pulmões encontram-se em primeiro lugar como causa de morte, nos homens (22,2%) seguido do tumor da próstata (12,6%). Nas mulheres, o tumor maligno que se encontra em primeiro lugar como causa de morte é o da mama (16,9%) seguindo-se o do cólon (11,7%). O tumor do estômago ocupa o terceiro lugar, adquirindo um peso mais expressivo nos homens (11,3%) do que nas mulheres (10,4%) (Carrilho e Patrício, 2006).

A prevalência e a incidência das demências aumentam com a idade, fomentando uma perda de autonomia por demência. Este facto está relacionado com a sua associação ao envelhecimento e com o carácter insidioso e crónico da doença (Nunes, 2005 *cit in* Sequeira, 2007).

As demências são relativamente incomuns em pessoas com menos de 60 anos de idade (Nunes, 2005), sendo a prevalência da doença, até esta idade inferior a 1%. A partir dos 60

anos verifica-se uma duplicação da incidência por cada 5 anos, atingindo taxas perto dos 40% a partir dos 90 anos (Spar e La Rue, 1998). Em idades superiores aos 90 anos, as taxas de prevalência são muito mais elevadas.

A doença de Parkinson, *“a sua prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos para 3,5% aos 85 e mais anos; enquanto a demência aumenta de 1% aos 65 anos para 30% aos 85 anos de idade, duplicando entre os 60 e os 95 anos, em cada 5 anos”* (Ferrinho e tal.,2001 citado por MS,2004:9, e estes citados por Gil, 2010: 76).

Segundo Gil (2010), baseada no Inquérito Nacional de Saúde (1998/1999) e nos dados do Recenseamento Geral da População (INE, 2001), há maior tendência para as mulheres possuírem problemas de incapacidade. As incapacidades de longa duração (estar sempre acamado, confinado à casa para se movimentar ou à cadeira) têm maior visibilidade nas mulheres com 85 ou mais anos. A incapacidade atinge as idades mais avançadas e a incapacidade severa é mais prevalente nas mulheres e nos grupos com mais de 75 anos.

*“A idade média, na qual as pessoas idosas passam a estar incapacitadas e, por isso, a necessitar de assistência ou vigilância no domicílio, está a aumentar; sendo esse valor superior no grupo etário dos 80 anos; tendência mais ou menos generalizada por toda a Europa.”* (Gil, 2010: 76).

#### 1.4 – ENVELHECIMENTO E O ESTADO SOCIAL

O envelhecimento da população portuguesa e europeia considera-se como um dos maiores desafios para o futuro da protecção social (Fernandes, 2005).

O envelhecimento da população poderá tornar o sistema de protecção social, nos moldes em que actualmente é financiado, insustentável a prazo, pela sobrecarga que colocará às contas do Estado. A insustentabilidade do sistema de pensões de reforma é um dos maiores temas de discussão, económica, política e social, da actualidade, quer em Portugal, quer na Europa. O debate sobre a sustentabilidade das pensões tem estado muito activo ao longo dos últimos anos.

O número de pensionistas aumentou muito, na década passada, ultrapassando largamente os dois milhões de beneficiários, na viragem do século. Prevê-se que até 2020 serão cerca de três milhões de pensionistas, numa população que continuará a rondar os dez milhões de pessoas.

A reforma, da forma como está instituída, é baseada no princípio da repartição, principio esse comprometido não só pela demografia, como pelas subversões introduzidas no sistema ao longo do tempo. Uma reestruturação das reformas deve ter em atenção a nova estrutura demográfica, menos gente a contribuir e mais gente a receber, os desafios da

economia globalizada e competitiva, os novos valores da modernidade e a longevidade (Fernandes, 1999: 46).

Em resposta a estas tendências demográficas adversas, os países europeus têm tomado medidas como o aumento da idade de reforma, o aumento das carreiras contributivas, a redução do valor das pensões e mesmo medidas estruturais.

A idade de reforma é em quase todos os países da UE, aos 65 anos, com excepção da Bélgica, que é aos 63, mas que se prevê que aumente também para os 65, de França, aos 60 e de Itália. A idade de reforma varia, também, nalguns países, conforme o sexo. No Reino Unido e na Áustria a idade de reforma é de 65 anos para os homens e 60 para as mulheres (Comissão Europeia, 2004).

Na II Assembleia Mundial focaram-se as questões ligadas ao envelhecimento na necessidade de substituição do modelo de ciclo de vida tradicional. Defenderam a necessidade de adaptar ao prolongamento da vida e da forma saudável dos idosos e, entre outros, eliminar atitudes e práticas de discriminação de idosos (INE, 2002). Com o aumento do tempo de vida, a organização do ciclo de vida (formação, actividade e reforma) também é alterado. Esta última fase do ciclo de vida tem crescido, quer pelo adiamento da idade da velhice, quer pelo da passagem à reforma. Deste modo, a OCDE propôs um modelo onde são consideradas duas etapas no processo de envelhecimento, uma dos 65 aos 80 anos, que corresponde à passagem à reforma e, ao mesmo tempo, existe autonomia, outra a partir dos 80 anos, esta é considerada com maior risco e vulnerabilidade (Fernandes, 2005).

Jacobzone e Robine (2002) citado por Gil (2010:83) destacam a necessidade de se proceder a reformas profundas e contínuas no âmbito da dependência, tanto no sentido das despesas como nos encargos do domicílio, como na adaptação dos serviços às necessidades dos idosos.

Na década de 90, Portugal, entre os vários países da OCDE, foi o país que apresentou um valor mais baixo relativamente à despesa total estimada do encargo com a dependência, ou seja, despesas com os cuidados na dependência. Entre 1992 e 2006, o maior investimento na rede de equipamentos de apoio a idosos foi no ano de 1996, 1997 e 2001, seguindo-se a partir daí, uma quebra significativa no investimento, ao nível dos equipamentos sociais para idosos (Gil, 2010:84).

Embora em Portugal se esteja a fazer um esforço para implementar mais medidas de apoios a nível de equipamentos e serviços e a nível de benefícios sociais, principalmente no que se refere aos cuidados a idosos dependentes, ainda há uma escassez enorme. As políticas sociais em relação ao apoio aos idosos dependentes e às suas famílias encontram-se pouco desenvolvidas e ainda numa fase de aperfeiçoamento (José e Wall, 2006).

A oferta de equipamentos e serviços, tais como, lares, centros de dia, apoio domiciliário, entre outros têm vindo a aumentar durante as últimas décadas, especialmente à custa das iniciativas do sector privado não lucrativo. Ainda assim, a procura continua a ultrapassar a oferta.

Ultimamente, tem havido uma maior oferta através do desenvolvimento de diversos programas governamentais a nível nacional, como por exemplo: O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), onde se prevê o serviço de apoio domiciliário (SAD); o Programa Idosos em Lar (PILAR); O Plano Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI), o qual promove o desenvolvimento dos serviços de apoio domiciliário através do aumento da oferta destes serviços e do alargamento dos seus horários de funcionamento (mais horas durante o dia, prevendo-se o funcionamento em regime de tempo inteiro, e aos fins-de-semana) (José e Wall, 2006).

A problemática da conciliação entre a vida familiar e a vida profissional tem suscitado cada vez mais interesse, tanto a nível político como a nível das ciências sociais. Porém, têm-se debruçado mais sobre o domínio dos cuidados a crianças demonstrando prioridade pela situação das pessoas que trabalham e que têm crianças a cargo. Embora o tema dos cuidados a idosos já fazer parte da agenda política da Comissão Europeia e da maior parte dos Países-Membros (devido ao problema do envelhecimento da população) é ainda dada preferência aos cuidados com as crianças, provocando um maior desenvolvimento das políticas sociais no que concerne aos cuidados relacionados com as crianças, em detrimento dos cuidados relacionados com os idosos. Por exemplo, a nível europeu, as licenças para faltar ao trabalho consentidas aos trabalhadores com familiares ascendentes a cargo têm ainda muitas restrições (José e Wall, 2006:121)

Em relação aos benefícios sociais, os trabalhadores que prestam cuidados a familiares em linha ascendente não beneficiam dos mesmos direitos do que os trabalhadores que prestam cuidados a familiares em linha descendente. As faltas para prestar assistência a um cônjuge, a um familiar ascendente ou a um filho com mais de 10 anos continuam a não ser pagas e está previsto somente até 15 dias por ano para prestar assistência (em caso de doença ou acidente). Apenas os trabalhadores com descendentes a cargo (filhos com menos de 12 anos ou filhos deficientes), têm direito a requerer um horário de trabalho em regime de tempo parcial ou em regime de jornada contínua. (José e wall, 2006: 127).

Os subsídios para os idosos dependentes ou adultos dependentes de terceiros são escassos. Existe o “*subsídio por assistência de terceira pessoa*”, actualmente designado por “*complemento por dependência*”. É atribuído consoante o grau de dependência do idoso, em 2000 o valor máximo, correspondia a 90% do valor da pensão social de invalidez e velhice do regime não contributivo (José e Wall, 2006: 128).

A *pensão de invalidez* é atribuída quando há interrupção ou perda da capacidade de ganhos provenientes da actividade económica. “*Invalidez é toda a situação não profissional determinando incapacidade física ou mental para trabalhar*” (Castanheira, 2006: 7).

Os grupos de regime para a *pensão de velhice* compreendem o regime geral (Classes profissionais) e o regime especial (agricultores, pesca, domésticas, cabeleireiros, etc.); grupo dos agricultores; Grupo dos não contributivos. (Castanheira, 2006:27).

Os escassos apoios a nível de equipamentos e serviços para idosos dependentes, bem como, os poucos benefícios sociais fazem com que a família seja a principal prestadora de cuidados a pessoas idosas dependentes (José e wall, 2006).

## **2 - A DEPENDÊNCIA NOS IDOSOS**

O termo “pessoas idosas dependentes” emerge nos anos 90 devido à maior figuração do envelhecimento da população. Até aos anos 60 utilizava-se os termos *inválidos*, *senis*, *incapazes*. Com o envelhecimento demográfico, as políticas sociais levaram ao aparecimento de novas subdivisões neste grupo etário, tais como, os *reformados*, a *terceira idade*, e só mais tarde, a *dependência* (Gil, 2010). Ao longo dos tempos o termo para designar as pessoas que necessitam de cuidados de outrem foi sofrendo alterações de acordo com as diferentes estratégias políticas, desde “*incurável*”, “*inválido*” até “*doentes crónicos*” e “*dependentes*” (Gil, 2010).

Amaral e Vicente (2000:25) referem que o conceito de dependência é definido, segundo o Grupo Multidisciplinar do Conselho da Europa, como “a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades da vida diária”.

Segundo um estudo realizado por Amaral e Vicente (2000) o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado o grupo etário, sendo o sexo feminino mais dependente que o masculino. A percentagem de anos que os homens podem viver sem incapacidade é superior ao das mulheres, ou seja, as mulheres vivem mais tempo, mas com mais incapacidades (Gil, 2010). A incapacidade funcional (relativo à incapacidade de locomoção e motora) surge a partir dos 50 anos, acentuando-se no grupo etário superior a 70 anos, principalmente nas mulheres, com uma taxa de prevalência de 50%, valor que ocorre nos homens, só a partir dos 80 anos (INE, 2002 citado por Gil, 2011:74).

## 2.1- O CONCEITO DE DEPENDÊNCIA E A AUTONOMIA FUNCIONAL

O conceito de dependência é uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de protecção social às pessoas que necessitam de ajuda, nas actividades diárias, para satisfação das suas necessidades básicas (Quaresma, 2004).

A dependência surge quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crónica) afecta a funcionalidade dos idosos e o desempenho das actividades de vida diárias (Duarte:2007).

A capacidade funcional caracteriza-se pela capacidade que o indivíduo tem para manter uma vida independente e autónoma e está dividida em duas categorias: Actividades Básicas de Vida Diária( AVD's) e as Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) considerou que podem ser delineadas três subdimensões: as “*Actividades Básicas de Vida Diária (AVD's)*”, que correspondem aos “*níveis mais graves de deficiência*” das aptidões físicas, avaliam funções de sobrevivência, tais como, alimentar-se, tomar banho, vestir-se, transferir-se de um local a outro, controle de esfínteres; “*As Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's)*” estendem-se a problemas mais complexos da vida quotidiana de um indivíduo *menos dependente* e baseiam-se em gerir dinheiro, utilizar o telefone, sair só, fazer compras, etc. Indicador de funções sociais que amplia os parâmetros explorados pelas escalas AVD's. As “*Actividades Avançadas de Vida Diária (AAVD's)*” incluem actividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação. Dificuldades em participar nestas actividades podem não indicar perda funcional actual mas risco de perdas futuras (Lobo: 2007).

Não existe um consenso em termos de medição do significado de dependência. Existem várias escalas de avaliação mas todas guiadas por uma perspectiva funcionalista. O termo “*pessoas dependentes*” torna-se vago devido à falta de um instrumento suficientemente *uno*, de modo a determinar, de forma objectiva, o nível de dependência e o nível de ajudas necessárias que podem ser de vários tipos, podendo ser de ordem física, afectiva, socioeconómica, bem como os desejos da própria pessoa e dá-se maior ênfase às necessidades físicas sob o ponto de vista puramente deficitário e incapacitante (Henrard e Anki, 2003, cit. Por Gil, 2010).

Por vezes, utilizam-se esses instrumentos de avaliação funcional em gerontologia, para uniformizar a informação em relação à avaliação funcional dos idosos. Existem vários instrumentos de avaliação funcional baseados na avaliação das actividades de vida diária do idoso, tal como: Índice de Katz (é dos mais antigos e mais utilizadas para a classificação da dependência/ independência e das actividades envolvidas); Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB); Escala de Gutman; Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, etc.

O index de Katz possui 3 categorias de classificação do grau de dependência: *Independente, parcialmente dependente, totalmente dependente*; Ou *independente, dependência moderada, muito dependente*. Esta escala serve para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar os cuidados prestados, determinar a efectividade de tratamentos (Duarte:2007).

O MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial é um instrumento de informação biopsicossocial, com “*abordagem de detecção diagnóstica multidimensional de tipo rastreio, de adultos, idosos e pessoas em situação de dependência*” (Botelho, 2008:79). Ele permite detectar perturbações e identificar diferentes estados de saúde física, estado mental, funcional, social e de hábitos de vida.

O aumento da dependência no idoso tem a sua origem na deterioração do processo de envelhecimento, por vezes, devido a perdas de coordenação motora por medos crescentes, a factores psicológicos e socio-ambientais e, outras vezes, por doenças associadas ao envelhecimento, ao próprio ambiente físico, às pessoas que rodeiam o idoso, a limitações económicas, a dificuldades familiares e à escassez de apoios sociais, todos estes factores podem provocar um declínio da capacidade funcional dos idosos.

O envelhecimento é condicionado pelas capacidades de adaptação ao longo da vida e estas não dependem somente de factores individuais. Dependem, também dos rendimentos disponíveis, do habitat, dos cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil, do acesso à informação e ao conhecimento. São estes factores, os co determinantes da maior ou menor exposição ao risco de perda de autonomia (Quaresma, 2004).

As pessoas com baixo nível de escolaridade relativamente à percepção da sua situação de saúde apresentam valorizações negativas. As que apresentam um maior nível de escolaridade estão duas vezes mais representadas na categoria dos autónomos do que os outros. É de salientar que as práticas culturais estão associadas a vivências que apontam para uma melhor resolução dos problemas, facilitando a comunicação e as relações interpessoais. (Quaresma, 2004).

Os riscos de dependência associados a acidentes domésticos é elevado, pois é nas pessoas idosas que mais se observam condições habitacionais e de conforto precárias e deficientes. Segundo dados do Eurostat (1999) citado por Quaresma (2004), a população idosa portuguesa é a mais afectada por deficientes condições habitacionais e de conforto.

A comunicação é o veículo de conhecimento e reconhecimento de si e do outro, é essencial à exclusão social. A diminuição da autonomia desencadeia fenómenos de solidão e de isolamento. Monfort (2001:20) citado por Quaresma (2004) refere que a solidão e o isolamento são expressos na diminuição das relações sociais e um “vazio” afectivo e funcionam como factores stressantes, obrigando a um grande esforço, por vezes, vivido



através de comportamentos agressivos, de grande ansiedade ou de depressão. Segundo Quaresma (2004) a solidão é mais profunda quando há uma perda de um ente querido e próximo, como o cônjuge, o que corresponde a um corte das relações com os outros, situações agravadas pelas dificuldades de mobilização, de poder sair à rua, de estar em contacto com “o mundo”, até perder a vontade de o fazer.

“O declínio das capacidades físicas e mentais não afecta nem inelutavelmente, nem de forma igual, nem na mesma ordem, as pessoas idosas” (Genier citado por Quaresma, 2004: 50).

## 2.2- A DEPENDÊNCIA E O DECLÍNIO DAS CAPACIDADES COGNITIVAS

Alcançar a velhice significa que foi possível sobreviver e adaptar-se aos desafios específicos de outras fases da vida, com mais ou menos saúde mental e com maior ou melhor bem-estar. Significa ter passado por múltiplas experiências com diversas repercussões do ponto de vista emocional (Silva, 2005).

A idade avançada trás consigo maior fragilidade e, por consequência, mais doenças, tanto a nível físico como psíquico. Actualmente em Portugal, mais de 70000 idosos são afectados por um processo demencial, na maioria dos casos pela doença de Alzheimer ou outras similares (Sequeira, 2010). “*O aumento do número de pessoas idosas originou um problema novo de sociedade, o da psicopatologia da idade avançada, verdadeiro desafio para o século XXI*” (Fontain, 2000: 159).

A dependência por demência é, cada vez mais, comum nos idosos e traduz-se na perda de autonomia. Os sintomas de demência implicam geralmente uma deterioração gradual, lenta e irrecuperável, da capacidade de funcionamento da pessoa. O dano cerebral afecta o funcionamento mental da pessoa (a memória, a atenção, a concentração, a linguagem, o pensamento) que, por sua vez, tem repercussões no comportamento.

A demência é um termo genérico que caracteriza síndromes de várias etiologias cujo aspecto fundamental consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica (Sequeira, 2007). Ela surge na sequência de uma doença cerebral, normalmente de natureza crónica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções corticais, na qual a característica essencial consiste no comprometimento da memória de fixação e evocação, associada ao comprometimento do pensamento abstracto, do julgamento, de outras alterações da função cortical superior e mudanças da personalidade (Sequeira, 2007). De acordo com o mesmo autor, estes distúrbios são suficientes para interferir no quotidiano da pessoa (trabalho, actividades diárias). Assim, a uma alteração da memória associa-se um comprometimento de, pelo menos, uma outra função cognitiva (linguagem, praxias, gnosias ou funções executivas).

Para Barreto (2005) *cit in* Sequeira (2007) a demência constitui uma situação adquirida e permanente, de défice das faculdades mentais, onde se incluem as capacidades cognitivas, que integram a senso-percepção e a comunicação, as capacidades afectivas e volitivas, o comportamento e a personalidade.

Considera-se a demência, como um processo patológico com vários estádios. Inicialmente o funcionamento cognitivo é normal. Seguidamente há défice psicométrico sem manifestações clínicas e posteriormente existem perturbações cognitivas menores que não interferem na actividade quotidiana. Finalmente, há já uma síndrome demencial caracterizada pela existência de manifestações na actividade quotidiana do indivíduo. Nesta última fase, as demências são classificadas em ligeira, moderada ou grave (Sequeira, 2007).

É diagnosticada demência ligeira quando surgem perturbações de memória, da linguagem, da atenção, da orientação, da capacidade de resolução de problemas, da personalidade, do humor, da vida pessoal e social, havendo também apatia, desinteresse e irritabilidade. Demência moderada existe quando há um agravamento das perturbações anteriores, e surgem perturbações do ritmo sono-vigília, alucinações e fenómenos delirantes com alterações psico-comportamentais, instalando-se a afasia, apraxia e agnosia. Demência grave manifesta-se quando surge a dependência total, com comprometimento da capacidade de execução das actividades de vida diária. O idoso fica com incontinência de esfínteres, perde os reflexos da marcha e a mobilidade, surge a atrofia muscular e as complicações associadas à imobilidade (complicações respiratórias, infecções, úlceras de pressão) (Sequeira, 2007).

As demências irreversíveis e degenerativas, mais comuns, são a doença de Parkinson, a doença de Pick, a doença de Creutzfeld-Jakob, a doença de Huntington e a doença de Alzheimer. A doença de Alzheimer é a demência mais frequente, representa 45% dos síndromes demenciais e 75% das demências irreversíveis (Fontaine, 2000).

A esperança de vida de um doente com Alzheimer varia entre cinco a dez anos, o doente perde progressivamente a sua autonomia e vai tendo uma longa degradação, o que contribui para o difícil problema do seu tratamento.

É complicado e doloroso para a família cuidar no seu dia-a-dia de um idoso com demência, observar diariamente a perda das suas capacidades cognitivas e, conseqüentemente, a perda da sua dignidade e autonomia, corroboro com Fontaine (2000:172) quando ele escreve “ *...a dor dos familiares que vêem um membro da família que conheceram digno e competente perder progressivamente a sua dignidade, podendo então vir a acrescentar-se à dor do luto a da imagem de um ente querido que termina os seus dias como um destroço*”.

Depreende-se que cuidar de alguém com demência, seja uma das funções mais difíceis de assumir e desempenhar, principalmente se o cuidador é idoso, se também é doente, se

possui pouco tempo para recorrer aos serviços de saúde, (Gonçalves Pereira, Mateos, 2006). *“As famílias não podem assumir sozinhas, seja por razões médicas seja por razões económicas, o tratamento e cuidado dos seus doentes. Coloca-se aqui um difícil problema de solidariedade intergeracional”* (Fontaine, 2000:172).

Parece claro que um síndrome demencial tem repercussões em dois alvos distintos: o utente e a família, com maior incidência no familiar cuidador. Muitas famílias confrontam-se com a dor de um familiar atingido por uma demência. No entanto, verifica-se que nos diferentes contextos em que se desenvolvem as acções de diagnóstico e de intervenção, a primazia da atenção centra-se na pessoa idosa doente.

### **3 - A FAMILIA E OS IDOSOS DEPENDENTES**

O envelhecimento populacional e a velhice representam um problema social que assenta também nas grandes alterações ocorridas ao nível da estrutura das relações familiares.

Portugal sofreu nos últimos 50 anos o impacto da modernização da sociedade, acarretando também mudanças significativas na vida familiar, tais como, a diminuição do número de pessoas que faz parte do seio familiar, o aumento dos agregados de pessoas sós, a diminuição das famílias de casal com filhos, o aumento das famílias de casal sem filhos e as monoparentais, causa provável da diminuição e o adiamento da fecundidade, do aumento dos divórcios e do envelhecimento populacional.

Segundo as estimativas do INE (2002) com base nos resultados provisórios dos Censos 2001 revelam que, entre 1991 e 2001 a proporção de famílias clássicas com idosos desceu de 15,8% para 15,1%, e as famílias constituídas apenas por idosos aumentou de 14,9% para 17,5%. Contudo, pode verificar-se, contudo, que enquanto as compostas por idosos e outros viram a sua importância relativa diminuir ligeiramente, as compostas apenas por idosos aumentou no período intercensitário. Salienta-se que do total de famílias só de idosos a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%). O número de famílias sem idosos também diminuiu, neste período de tempo, de 69,2% para 67,5% (INE, 2002).

O aumento da longevidade e a diminuição da fecundidade traduz-se numa alteração da configuração familiar, ou seja, as estruturas familiares são mais reduzidas, mas constituídas por várias gerações, numa família pode haver três ou quatro gerações por longos períodos de tempo (Gil, 2010).

Apesar das transformações e das diferenças entre as famílias, os laços afectivos, a cooperação e os contactos com os demais membros permanecem. As relações familiares permanecem formadas por afectos, sentimentos de reciprocidade e de obrigação. A família, ainda é a principal fonte de ajuda e apoio aos idosos. É o suporte emocional e social por

excelência e possui um papel valioso na prestação e cuidados tanto nas actividades domésticas como nas actividades de vida diária. Embora a sociedade esteja a oferecer cada vez mais alternativas de atendimento dessas necessidades fora da família, é nesta que permanece a tomada de decisões.

### 3.1- ALTERAÇÕES DA ESTRUTURA FAMILIAR

As grandes alterações e as modificações da estrutura familiar provocadas pelo desenvolvimento socioeconómico e pela evolução demográfica têm ocorrido nos últimos anos. A década de 1990 foi marcada por uma rápida modernização da vida familiar, evidente no aumento da informalização da conjugalidade, na “*descolagem*” entre casamento e parentalidade, no aumento de divórcios e de famílias recompostas, no aumento da taxa de actividade feminina e na diminuição da taxa de natalidade (Aboim, 2003).

No âmbito dos comportamentos conjugais verificam-se alterações profundas do próprio sistema matrimonial e da desvalorização do conteúdo simbólico que considerava a estabilidade como uma norma. Desde 1970 que tem aumentado a taxa de divórcios e são muito mais frequentes as famílias que se reconstituem noutra configuração, após ruptura matrimonial e sem contraírem novo casamento. Há um decréscimo da nupcialidade e um adiamento (as pessoas casam mais tarde), aumentam as uniões sem casamento prévio, uniões de facto ou coabitação (Fernandes, 1997a). Em matéria de fecundidade, esta diminuiu na generalidade mas aumentou a taxa de fecundidade fora do casamento, Diminuiu o número de filhos por mulher, a idade média em que as mulheres têm o primeiro filho também aumentou (adiamento da fecundidade) (Aboim, 2003).

Além destas mudanças nos comportamentos demográficos que evidenciam as novas formas de organizar a vida conjugal e familiar, é importante salientar o aumento da taxa de actividade das mulheres. As mulheres tomaram as rédeas da sua própria história, fomentaram uma autêntica revolução, sustentada na possibilidade da mulher controlar a sua fecundidade e de possuir recursos próprios através de desempenho profissional remunerado (Fernandes, 1997). A fecundidade varia de acordo com o exercício de uma actividade profissional da mulher, colocando em jogo as condições da reprodução biológica. No entanto, as condições da reprodução social também estão alteradas, uma vez que a família confia em instituições especializadas as funções de socialização e educação das crianças. *“A quase generalização do trabalho das mulheres inscreve-se assim na transformação mais geral do regime demográfico caracterizado pela desvalorização da instituição do casamento na constituição da família e na concretização da fecundidade e a instabilidade das uniões conjugais”* (Fernandes, 1997:69).

### 3.2 – A ESTRUTURA FAMILIAR ACTUAL E A SOLIDARIEDADE FAMILIAR

Segundo Louis Roussel (1976) citado por Fernandes (1997a), apesar de deixar de haver coabitação e hierarquia de gerações, a família mantém uma forte solidariedade. Os filhos continuam a manter fortes relações e solidárias com os seus pais apesar da sua autonomia residencial e económica.

A entreaajuda que se estabelece entre pais e filhos pode ir desde a guarda dos netos, a ajuda financeira para comprar casa, equipamentos domésticos, férias, etc., demonstrando assim a necessária continuidade das relações entre as gerações, a solidariedade natural de pais para filhos, elegendo um género de “*seguro de vida*” apostado na geração seguinte (Pitrou, 1977, Cuturello, 1988, citados por Fernandes, 1997a:72).

Normalmente, o reforço das solidariedades fazem-se no sentido de pais para filhos, com o objectivo de manter antecipadamente a sociabilidade familiar, uma vez que na reforma há um corte de relações sociais, especialmente as que se criam no desempenho de uma actividade profissional. O fortalecimento dos laços familiares depende da intensidade e do tipo de trocas que é possível estabelecer dentro da comunidade de interesses que caracteriza a família (Fernandes, 1997a).

O aparecimento de doenças crónico-degenerativas que provoca limitações físicas, cognitivas e sociais aos idosos traz questões às pessoas e família nunca antes experimentadas e requer assistência redobrada. Essa situação irá alterar a dinâmica familiar, modificando drasticamente a rotina da família. Origina-se uma dependência crescente e ocorre inversão de papéis, uma vez que passa a pertencer às gerações mais novas cuidar dos idosos, que no passado lhe proporcionaram protecção segurança e cuidado (Montezuma:2008).

A relação com a família é vitalícia e resulta da gestão de relações ao longo de toda uma vida. Os familiares têm uma relação individual com o seu ente querido de uma vida, reconhecem as suas expressões, identificam os seus humores e prevêem as suas reacções. A relação com o idoso ao longo da vida vai marcar significativamente o que vai acontecer na velhice. Indivíduos que ao longo da sua vida foram conflituosos ou ausentes, com maior dificuldade serão amados pelos familiares e têm maior probabilidade de ficar sozinhos. O mesmo ocorre em indivíduos sem filhos, sem amigos, pouco sociáveis ou com problemas de saúde mental (Sousa:2006).

A evolução das alterações no seio da família poderá vir a determinar a disponibilização das próprias solidariedades entre as gerações. O aumento das famílias unipessoais, principalmente, entre a população idosa feminina, a diminuição da fecundidade, e o aumento das taxas de actividade feminina acarreta implicações na prestação de cuidados aos mais velhos, que com mais anos de vida, estão mais expostos a situações de maior incapacidade e necessitarão mais de apoios de terceiras pessoas, quer da família quer a nível do suporte formal (Gil, 2010). As migrações do meio rural para o urbano ou mesmo para outro país constituem outro problema. Há uma maior mobilidade dos elementos da família e dispersão geográfica, traduzindo-se na diminuição de pessoas disponíveis para cuidar.

### 3.3- A FAMÍLIA PRESTADORA DE CUIDADOS INFORMAIS

A família em Portugal e nos países do sul da Europa é considerada a unidade básica de suporte a todos aqueles que precisam de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos (Figueiredo:2006). *“Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como uma tarefa directamente sua.”* (Lage, 2005:203).

Um inquérito realizado em 1998, sobre os valores entre as gerações, demonstra que 87% dos inquiridos acham que os *“filhos devem cuidar dos familiares idosos nas suas casas”* (Vasconcelos, 1998, citado por José e Wall,2006:128).

O acto de “cuidar” significa: “ocupar-se de”, “preocupar-se com”, ou “providenciar” versus “gerir” cuidados. O **promotor de cuidados** normalmente é a mulher, com menos frequência o marido, é aquele que está emocionalmente e fisicamente mais próximo da pessoa dependente. O **gestor de cuidados**, normalmente é um filho, que assegura os cuidados através de terceiros ao idoso dependente, diminuindo o seu envolvimento devido a outras obrigações (delega o cuidar em familiares ou em profissionais) (Brodaty, 1994. Cit. Por Gonçalves Pereira e Mateos, 2006). O **cuidador “principal”** é aquele que mais tempo passa em contacto com o idoso dependente, normalmente o mais envolvido do ponto de vista emocional (Gonçalves Pereira e Mateos, 2006).

*“O cuidar é muitas vezes inesperado, quase sempre indesejado e tanto mais difícil quanto menores os recursos”* (Gonçalves Pereira, Mateos, 2006,p. 542).

Ao assumir o papel de cuidador familiar, estão sempre associadas motivações, que constituem uma certa complexidade, porque envolvem uma mistura de razões. É um domínio influenciado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela própria concepção de vida, pela história de cada indivíduo, etc. (Figueiredo:2006).

As principais motivações que levam o familiar a assumir o papel de cuidador, segundo (Figueiredo:2006), são:

- O dever social e moral é o determinante com mais peso na tomada de decisão; o dever social implica que os familiares se sintam desvalorizados pela sociedade se não cuidarem dos parentes idosos dependentes e sentem-se valorizados se respeitarem a regra. O dever moral pode assumir diversas formas, sobretudo, dar em troca, não se sentir culpado ou cumprir uma promessa feita. Por vezes, revela o lado altruísta da prestação de cuidados, ou seja, os cuidadores colocam-se no lugar do outro ou sentimentos de gratidão e reciprocidade para com a pessoa de quem cuidam;
- A solidariedade conjugal, quando se trata de cônjuges a prestar cuidados, uma vez que *“casam para o melhor e para o pior, na saúde e na doença”*;
- A solidariedade filial, quando os filhos têm gratidão sincera para com os pais, sem envolver a noção de dever e troca. E noutros laços familiares, mediante os princípios de amor ao próximo e ajuda aos outros;
- O amor, ternura e afecto, ou a comiseração e piedade;
- A recompensa material, por vezes, nem todos se envolvem de forma desinteressada, possuem a expectativa da herança, da recompensa pelos cuidados prestados;
- Evitamento da institucionalização, a preocupação de não recorrer à institucionalização é constante, quer por parte dos idosos quer dos familiares, porque há uma opinião depreciativa em relação aos lares;
- Coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio e custo financeiro dos lares demasiado elevado.

A família é desvalorizada como recurso terapêutico natural na doença. Muitos familiares sentem-se negligenciados por parte dos serviços de saúde no que respeita às suas próprias necessidades (Gonçalves Pereira e Mateos, 2006).

Cohen e Eisdorfer, 2001, citados por Figueiredo, 2006, referem que, os cuidadores informais enfrentam a tarefa constante de equilibrar as necessidades do familiar doente com as próprias e, por vezes, com as dos outros membros da família.

Em psicogeriatria há, cada vez mais, uma preocupação e interesse crescente no estudo das famílias, principalmente, tendo em vista a protecção e promoção da saúde dos cuidadores (Gonçalves Pereira, Mateos, 2006).

As doenças mentais, principalmente as doenças degenerativas associadas à idade, traduzem-se numa situação de dependência com custos elevados, quer a nível de recursos humanos quer a nível de recursos materiais (Fernandes, 2009 cit in Gil, 2010). Também MCQuaid (2001), cit. Por Gonçalves Pereira e Mateos (2006: 542), refere que *“os problemas*

*das famílias traduzem-se em custos pessoais e sociais elevadíssimos, que começam a ser estimados economicamente embora com dificuldades metodológicas”.*

A maioria de pessoas com doença mental permanece na comunidade com o apoio de cuidadores informais devido às novas terapêuticas e às limitações da admissão institucional (Gonçalves Pereira, Mateos, 2006). *“Estima-se que os familiares sejam responsáveis por 80% do apoio necessário para manter os idosos menos capacitados em casa”* (Walker, 1995, cit. Por Gonçalves Pereira, Mateos, 2006:541).

Existe uma crença comum de que as famílias abandonam os idosos e os institucionalizam precocemente e que os filhos de hoje dedicam menos atenção aos pais do que as gerações anteriores. No entanto, há estudos que demonstraram que esta crença é apenas um mito, (Barber, 1999, citado por Figueiredo, 2006) reportando-se à realidade norte-americana empreendida nos últimos 30 anos, demonstrou que: 80% dos cuidados a prestar ao idoso com incapacidade crónica são realizados no seio familiar; mais de 25% das candidaturas a lar de idosos surge por falecimento do cuidador informal; quase 30% das mulheres que prestam cuidados desistem dos seus empregos ou reduzem o investimento na profissão para cuidar dos pais idosos. O problema reside, sim, no facto de o aumento da esperança de vida implicar que os filhos adultos prestem cada vez mais cuidados e mais complexos, durante um período de tempo mais longo que as gerações anteriores (Figueiredo2006). Segundo Fernandes (1997) o grau de dependência influencia negativamente a integração do idoso na família, ou seja, quanto mais elevado o grau de dependência e quanto mais anos houver de dependência, menor é a integração familiar.

O tipo e a frequência de cuidados a prestar ao idoso dependente vai variar com o grau de dependência (baixa, moderada ou severa) e o tipo de dependência (física, mental ou ambas), proximidade geográfica, situação socioeconómica, apoio intra e extrafamiliar, etc. (Figueiredo:2006).

Os cuidados aos idosos começam por ser assumidos por familiares, quando estes precisam de ajuda ou quando já não se consegue dar resposta de forma eficiente às necessidades dos idosos. Então procura-se os cuidados formais (Sousa:2006). O tempo dedicado pelos cuidados formais é inferior ao dos cuidados informais para tarefas equivalentes. Há certos apoios que podem ser realizados por outras pessoas, como tarefas instrumentais, mas no que respeita ao apoio emocional e social tem de ser fornecido pelas pessoas mais íntimas. Segundo os idosos é diferente receber cuidados de um ente querido, tem outro significado.



### 3.4- A CONCILIAÇÃO ENTRE O TRABALHO REMUNERADO E OS CUIDADOS FAMILIARES

Segundo Dionízio (2007:85), *“O conceito de conciliação entre a vida profissional e a vida familiar, na sua vertente mais lata, recai, deste modo, essencialmente no esforço para administrar e facilitar as relações e interações entre os tempos de trabalho e os tempos dedicados às responsabilidades familiares e à vida pessoal.”*

A conciliação entre o trabalho profissional e os cuidados ao idoso dependente no contexto português é influenciada por alguns aspectos da própria sociedade, tais como o envelhecimento gradual da população, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a desigual repartição das tarefas domésticas e dos cuidados a pessoas dependentes entre homens e mulheres e o parco desenvolvimento das políticas sociais de apoio aos idosos e às respectivas famílias (José e Wall, 2006:123).

O impacto do cuidar a nível profissional depende das condições encontradas no trabalho e do modo como estas intersectam a tarefa de cuidar. As dificuldades variam consoante a extensão dos cuidados a prestar, e estes, variam em função das necessidades do idoso e do apoio exterior que as possa diminuir. O impacto da tarefa de cuidar, a nível da actividade profissional, traduz-se por algumas alterações, tais como, a alterações do horário de trabalho (como o sair do trabalho para acompanhar o idoso a consultas médicas), a sensação de desempenho afectado, a necessidade de faltar com mais frequência, a diminuição do número de horas de trabalho, as interrupções durante o trabalho e os atrasos (Figueiredo:2006).

Está provado em vários estudos que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho não lhes provocou diminuição da responsabilidade pelas tarefas domésticas e pelos cuidados às crianças e aos idosos dependentes. Pelo contrário, acabaram por acumular vários tipos de responsabilidades porque a participação masculina neste tipo de tarefas continua a ser reduzida. A desigualdade na divisão das tarefas domésticas e dos cuidados a pessoas dependentes entre homens e mulheres continua a ser um marco característico da família portuguesa, embora os casais estejam orientados para um modelo proporcional de divisão do trabalho e concordem que se deve dividir as tarefas domésticas. Num estudo realizado por Wall (2000), citado por José e Wall (2006) apenas três em cada dez casais partilham diariamente tarefas, como cozinhar, limpezas e tratamento de roupas. Segundo dados do INE (2001) citado por José e Wall, 2006, as mulheres com emprego continuam a ser as principais responsáveis pela prestação de cuidados a idosos dependentes. Isto traduz-se numa sobrecarga para elas, pois deparam-se com imensas dificuldades em conciliarem o trabalho profissional com as responsabilidades familiares.

Subsiste uma dificuldade em conciliar os tempos de trabalho com os tempos de família. É uma corrida constante entre a casa e o local de trabalho. Um dia de trabalho é quase sempre iniciado a prestar os cuidados essenciais ao idoso dependente para o deixar preparado, antes de ir para o emprego, o que significa levantar muito cedo, às vezes, precedido de noites mal dormidas. Ou se tem apoio de alguém, por exemplo de uma empregada particular ou de uma ajudante familiar (apoio domiciliário) tem que aguardar que estas cheguem. Se os recursos financeiros forem baixos, por vezes, o idoso pode ficar só. Chegando ao emprego, fica-se preocupado, está-se constantemente a controlar pelo telefone. Ao almoço, se vivem perto do local de trabalho, aproveitam para ir ajudar a dar de comer ao familiar e verificar como estão as coisas. Ou então prescindem da hora de almoço para compensar horas, quando saem mais cedo ou entram mais tarde, quando vão às consultas com o idoso dependente ou para compensar alguma saída em situação de emergência pelo agravamento do estado de saúde do idoso. No final do dia de trabalho, ao regressarem a casa têm que ir às compras, comprar medicamentos, fraldas, produtos, comida, fazer pagamentos, etc. Depois preparar o jantar, cuidar do idoso, dar-lhe de comer, mudar fraldas, dar banhos, se existem filhos pequenos ou adolescentes ainda têm que tratar dos filhos. E isto é todos os dias consecutivamente, com a agravante de que ao fim de semana aumenta o trabalho, devido à carência de apoios formais (Gil:2008).

A coabitação facilita a dinâmica desta situação. Pretende rentabilizar o tempo e espaço, mas, ao mesmo tempo aumentam as tarefas e o trabalho redobra (Gil, 2008).

Quando não é possível a coabitação, há um controle do cuidador sobre o idoso à distância. Quando está a trabalhar telefona várias vezes supervisionando o trabalho de cuidados (se já tomou a medicação, se comeu, se dormiu, se está bem disposto, etc.) ou para planear e organizar as acções essenciais à satisfação das necessidades do idoso. Por vezes, utilizam a hora de almoço para ir a casa do idoso prestar cuidados. Quando existe um cônjuge presente, normalmente, as filhas que trabalham, no final do dia de trabalho e antes de regressarem às suas casas, vão às compras e passam por casa do idoso para supervisionar se está tudo bem, levam-lhe os bens essenciais, ajudam no que for preciso e cuidam do idoso, organizam as tarefas para o dia seguinte e determinam se é necessário fazer mais algumas compras. Estando tudo orientado regressam a casa, onde terão que realizar mais uma série de tarefas próprias de uma vida familiar e doméstica, prolongando-se por longas horas da noite (Gil: 2008).

Podemos assim verificar, que os cuidadores, não têm tempos de lazer, pois quando não estão no trabalho estão a cuidar do idoso ou estão a organizar e planear as tarefas necessárias às necessidades do idoso (Gil: 2008).

Quem está directamente ou indirectamente envolvido na gestão dos cuidados ao idoso tem inevitavelmente problemas no emprego, tais como, a diminuição da produtividade, da

motivação, da assiduidade. É penalizada a nível da promoção profissional e tem oscilações no ordenado, devido à emergência dos problemas que a doença acarreta (Gil:2008).

Por vezes, a inexistência de estruturas de apoio ou de ajudas informais, e quando as necessidades do idoso são extremamente exigentes, podem levar a que o cuidador cesse a actividade profissional. Porém, essa situação seria profundamente negativa devido à perda de estatuto social, do reconhecimento, do prestígio, das relações profissionais e da diminuição dos rendimentos (Figueiredo, 2006).

Todas estas dificuldades podem ser atenuadas recorrendo aos apoios existentes a nível de equipamentos e serviços para as crianças e idosos, quer ao nível dos benefícios sociais (Subsídios, licenças, benefícios fiscais, etc.), embora ainda escassos e, por vezes, demorosos.

### 3.5 - IMPACTO DO CUIDAR NAS RELAÇÕES FAMILIARES

Na sequência de uma nova rotina, a própria dinâmica familiar sofre alterações, desestabilizando e alterando relações de poder, dependência e intimidade. A responsabilidade da prestação de cuidados a um familiar idoso traz repercussões ao nível do relacionamento familiar. A dependência não atinge apenas o idoso, mas tudo o que o rodeia, começando na família. No início há uma reestruturação familiar, tendo que redistribuir as tarefas pelos membros da família e não apenas pelo cuidador principal. As relações familiares alteram-se, a nível do cuidador e idoso e a nível destes com os restantes membros da família (Figueiredo:2006).

No cuidar de idosos com demência, um dos problemas mais graves que pode surgir é a disfunção familiar, principalmente, se a capacidade da família em comunicar e em se adaptar aos consecutivos desafios forem escassas. As modificações da personalidade pela demência podem provocar no cuidador (cônjuge) uma reacção ambivalente, de auto culpabilização por falta de empenho, ou culpabilizar o doente, sentimentos de amor e raiva, ternura e rejeição. Provoca uma deterioração da relação conjugal (devido ao “*desinteresse ou desinibição “frontal”*”), maior isolamento para o cuidador (marido ou mulher) pois o confidente habitual é ele próprio a fonte de mal-estar. É difícil superar o peso da situação e perder o protector e o confidente de uma vida [...] Surgem as preocupações com as consequências imediatas e futuras da demência, principalmente com a imprevisibilidade da evolução, surgem dúvidas como lidar com os problemas sucessivos, o medo de que o cuidador possa adoecer ou morrer primeiro, ou a culpabilização face à necessidade de descansar, deixar a casa ou ponderar uma instituição, (Gonçalves Pereira e Mateos, 2006). A complexidade da prestação dos cuidados aumenta significativamente, quando o idoso desenvolve uma deterioração da capacidade cognitiva. Cuidar de um idoso com demência,

de algum modo, afecta todos os elementos da família, pois vão assistindo à deterioração cognitiva, emocional e física do familiar doente. É uma experiência esgotante para a família, isto é, esta tem que alterar os papéis familiares e os estilos de vida, à medida que vão assumindo responsabilidades. Dura et al. (1991), Baumgarten et al. (1994) citado por Figueiredo (2006:66), diz “a tarefa de cuidar de um idoso demente, encontra-se muitas vezes associada a níveis elevados de depressão, ansiedade e irritação, fraca saúde percebida e uso elevado de drogas psicotrópicas”.

É natural que o acto de cuidar tenha consequências negativas, apesar de ser considerado um trabalho emocionante, gratificante e de enriquecimento pessoal. Os principais impactos negativos são a sobrecarga que provoca alterações na saúde física e mental, a depressão e a ansiedade, alterações na actividade profissional e nos tempos livres e de lazer (Figueiredo, 2006; Gonçalves Pereira e Mateos, 2006).

A presença de sintomas depressivos, tais como, sentimentos de tristeza, de desespero, de frustração, de inquietação, são comuns em familiares cuidadores, associados à dependência do idoso. Os sentimentos de ansiedade, advêm da preocupação pela saúde do idoso, pela própria saúde, pelos conflitos familiares e pela falta de tempo.

Os cuidadores de doentes com demência possuem risco acrescido de morbilidade, não só psíquica mas também somática, como hipertensão arterial, hiperlipidémia e alterações imunitárias (Haley, 2000, cit por Gonçalves Pereira e Mateos, 2006) e riscos de mortalidade, principalmente se o cuidador for idoso (Gonçalves Pereira e Mateos, 2006).

A demência, leva à perda do “self” com enorme dor para o doente e para quem o rodeia, pode levar a uma vivência do “luto antecipado” em que não há morte verdadeiramente mas simbólica, com necessidade de reorganizar a relação. Face à perda da pessoa amada, da perda de um companheiro fisicamente presente mas psicologicamente ausente, outras vezes, a necessidade de decidir pela institucionalização que provoca um grande sentimento de culpabilização, podendo surgir um quadro depressivo.

A diminuição ou ausência de tempo livre e lazer porque o cuidador não dispõe de tempo para si, quando se dedica a cuidar de si, fica com sentimentos de culpa associados a deixar o idoso ao abandono. A diminuição das actividades sociais é frequente porque tem menos tempo, logo estabelece menos relações sociais e as que já tinha são afectadas, e assim também perde oportunidade de encontrar apoio social (Figueiredo, 2006).

No entanto, não podemos esquecer que também existe uma satisfação na prestação de cuidados ao idoso dependente por parte dos cuidadores que pode ter várias origens e co-existir a par com as dificuldades. Assim, segundo Figueiredo (2006) temos como principais impactos positivos no cuidador, a satisfação de ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, contribuir para a manutenção da dignidade da pessoa idosa, ter a consciência de que

se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade, como um facilitador de crescimento e enriquecimento pessoal, sentimento de realização, desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.

### 3.6 - NECESSIDADES DO FAMILIAR CUIDADOR

Há muita dificuldade em conhecer as necessidades dos cuidadores porque eles têm dificuldade em formulá-las e imaginá-las, principalmente, quando não se conhecem os apoios e os serviços existentes para dar resposta às necessidades (Figueiredo:2006).

Os cuidadores apresentam um conjunto de necessidades enquadradas em várias categorias: **materiais**, relacionadas com os recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços, etc.; **emocionais**, suporte emocional, grupos de apoio; **informativas** como realizar os cuidados, como adaptar o ambiente arquitetónico ao doente, direitos, deveres, etc.. (Figueiredo:2006). As dificuldades provêm, entre outras razões, da falta de conhecimentos, de recursos e de acompanhamento dos serviços comunitários. A este respeito, Paúl (1997) refere que para além da falta de conhecimento sobre as técnicas para cuidar e os recursos comunitários, há falta de conhecimento dos cuidadores para lidar com o stress que advém da prestação de cuidados.

Porém, as necessidades dos cuidadores dependem de vários factores: o tipo e o grau de dependência do idoso; o estado de saúde do cuidador; a existência ou não de pessoas que prestem ajuda complementar; se utiliza ou se tem acesso a serviços de apoio, ou não; se coabita com o idoso ou não; o poder económico; o Isolamento social; a participação ou não no mercado de trabalho.

*Segundo* Figueiredo (2006), os cuidadores referem a *necessidade de apoio financeiro* pois a prestação de cuidados traduz-se em mais um encargo financeiro para quem o assume e torna-se mais complicado quando há condições socioeconómicas baixas e, se o idoso estiver demenciado. As necessidades financeiras devem-se aos baixos rendimentos, baixas pensões de reforma, às elevadas despesas com a assistência médica, com medicamentos e ajudas técnicas. A grande parte destas dificuldades não existiriam se houvesse um maior apoio financeiro na doença e na dependência.

Num estudo desenvolvido por Palma (1999) citado por Andrade (2009), as *necessidades económicas* também são referenciadas pelos cuidadores para *obter recursos materiais* (fraldas, medicamentos e ajudas técnicas) e *recursos humanos* (ajuda de outros durante a prestação de cuidados), que facilitem a prestação de cuidados à pessoa idosa. A falta de *ajuda de outras pessoas* para a prestação de cuidados à pessoa idosa é outra das dificuldades apontadas pelos prestadores de cuidados, apesar dos cuidadores já receberem ajuda de outros nos cuidados que prestam à pessoa idosa, no entanto essa é uma ajuda pontual e insuficiente.

Com base em alguns estudos, Figueiredo (2006), descreve alguns tipos de necessidades referidas pelos cuidadores, tais como, *necessidades de apoio ao domicílio e de ajudas técnicas*, necessidades em cuidados de enfermagem, de higiene e, no apoio das tarefas domésticas. É também importante haver material técnico adequado, como, por exemplo, cadeira de rodas, andarilho, cama articulada, arrastadeira, urinol, etc., tudo o que facilite as tarefas do cuidar, será também importante saber se este tipo de material pode ser alugado ou não, para reduzir as despesas.

Palma (1999) citado por Andrade (2009) concluiu no seu estudo que as cuidadoras consideravam os cuidados de alimentação, de higiene e de vestir a pessoa idosa como actividades difíceis devido ao tempo gasto com elas, ao esforço despendido e à frequência com que as realizavam. Igualmente, para os familiares de pessoas com demências, as maiores necessidades são a nível das ajudas nas actividades de vida diárias (Gonçalves Pereira, Mateos, 2006).

As necessidades de *apoio emocional e aconselhamento*, segundo Figueiredo (2006), os cuidadores, referem várias vezes, que necessitam de alguém com quem falar, alguém que os compreenda e com quem possam desabafar, precisam de partilhar as suas experiências, dificuldades e preocupações resultantes da prestação de cuidados. Aqui os grupos de apoio poderiam assumir um papel activo, agindo como fonte de informação e aconselhamento e, ao mesmo tempo, contribuir para o fim do isolamento e da solidão. A pessoa que cuida precisa de se sentir valorizada e apreciada para seu equilíbrio emocional.

Necessidade de *tempo livre*, o cuidador deveria ser dispensado temporariamente das suas tarefas e responsabilidades para cuidar de si, para ter tempo para si. Esta problemática pode ser viável através de substituições por algumas horas, um ou dois dias (fins-de-semana) ou várias semanas (férias), Figueiredo (2006).

*Necessidades fisiológicas*, como *repousar e dormir*, que surgem devido ao esforço desenvolvido pelos cuidadores na prestação dos cuidados, que os impede de repousar tanto quanto precisam (Palma, 1999, citado por Andrade, 2009).

*Necessidade de informação e de formação*, Figueiredo (2006), menciona que os cuidadores têm pouca informação acerca dos serviços disponíveis, subsídios e direitos, principalmente, quando a dependência se instala de forma repentina. Este tipo de informações encontra-se, muitas vezes, disperso, dificultando o acesso. Em relação à formação, os cuidadores procuram adquirir conhecimentos práticos, por exemplo, como levantar o idoso dependente, como cuidar da sua higiene, como vesti-lo, etc. e procuram também, adquirir conhecimentos acerca da própria doença e dependência, quais as causas, evolução, tratamentos, etc.

No estudo desenvolvido por Palma (1999) citado por Andrade (2009), as necessidades de formação/informação invocadas pelas prestadoras de cuidados eram relativas à situação de saúde da pessoa idosa e às técnicas de cuidar, que lhes permitissem diminuir o esforço

físico na prestação de cuidados e o risco de acidentes para a pessoa idosa. Em resultado de eu a posse de conhecimentos sobre práticas de cuidar e sobre a doença e dependência da pessoa idosa facilita e melhora a qualidade da prestação dos cuidados através dum maior controlo dos cuidadores sobre a situação e diminuição das dificuldades.

Por vezes, os familiares lidam com comportamentos e sintomas complexos, sem conhecimentos teóricos, sem treino e sem ter descanso. É necessário integrar as famílias nas estratégias de tratamento pois cuidarão melhor do seu ente querido se os serviços os “ajudarem a ajudar”. É importante procurar as dificuldades das famílias, devendo reconhecer-se explicitamente o direito à saúde por parte dos cuidadores (Gonçalves Pereira, Mateos, 2006).

Os cuidadores manifestam ainda dificuldade em satisfazer as necessidades das pessoas idosas, apontada pelos prestadores de cuidados em vários estudos (Sotto Mayor et.al, 2006 e Almeida, et.al, 2005) e dificuldade em proporcionar companheirismo ao doente dependente devido à falta de tempo para lhe dar a atenção que ele precisa (Almeida *et al*, 2005).

### 3.7 - ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELO FAMILIAR CUIDADOR

A dimensão e a intensidade dos cuidados variam segundo o grau de dependência do idoso. Cuidar de um idoso dependente pode revelar-se um trabalho árduo e exigente, tanto fisicamente como psicologicamente, exigindo uma certa disponibilidade de tempo e energia, ou podendo apenas implicar alguma supervisão em determinados momentos da vida diária. O idoso pode apenas necessitar de alguma vigilância nas suas actividades de vida diárias, apoio esporádico ou pode já não ter capacidade para realizar as actividades de vida diárias, precisando, neste caso, da ajuda de terceiros (José e Wall, 2006).

A prestação de cuidados deverá ser encarada como uma dinâmica de configurações e experiências, pois cada estágio abarca distintas fontes de stress, fornece diferentes estratégias de superação das dificuldades, exige diversos recursos pessoais, sociais, económicos e condiciona as opções disponíveis nos estádios seguintes (Figueiredo:2006). Cada solução deve ser ajustada a cada idoso em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução da doença e situações sociais e, simultaneamente, ser facilitadora da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente, no que se refere à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Nas sociedades actuais, um grande número de instituições privadas ou públicas substituem a família em muitas das suas funções, que tradicionalmente eram da responsabilidade da

família. Porém, há funções que nenhuma instituição é capaz de desenvolver com qualidade, daí a importância da família e a sua força na sociedade, tais como funções a nível psicobiológico, sociocultural, educativos e económicos. Ainda que os serviços para idosos tenham vindo a aumentar a nível europeu, o apoio informal, principalmente, o que é assegurado pela família, continua a ter um papel preponderante. Por vezes, não tanto a nível das necessidades práticas, mas especialmente a nível afectivo ou social, nomeadamente, nos países onde os serviços formais estão mais desenvolvidos (José e Wall, 2006).

A alteração estrutural da família que tem ocorrido nos últimos anos leva a família a ter que se complementar com outros serviços existentes na comunidade, a procurar os recursos sociais existentes para apoiar, cuidar e dar resposta às necessidades do idoso dependente, da melhor forma possível e com qualidade.

Em Portugal, continuam actualmente a existir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as redes informais e as redes formais. As relações entre estes dois tipos de rede podem ser de complementaridade ou de substituição. Elas são diferentes, mas é evidente a sua complementaridade e interdependência, principalmente no que diz respeito a favorecer a permanência do idoso dependente no seu domicílio.

### 3.7.1 - Redes informais

As redes informais caracterizam-se pela prestação de cuidados a uma pessoa que necessita de cuidados numa base de solidariedade, como voluntário, com um sentimento pessoal como amizade ou com um vínculo de parentesco, sem ser remunerado. Os cuidadores informais são elementos da rede social do idoso, como familiares, amigos, vizinhos ou colegas, que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário (Figueiredo:2006) [...] os cuidadores familiares são em maior número, assumem o papel de cuidadores por muito mais tempo e exercem diversos tipos de cuidados (Figueiredo:2006).

Quem cuida? A função de cuidador é assumida por uma única pessoa, cuidador principal, e é assumida por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade, outras vezes, por obrigação e / ou dever que ele mesmo tem para com o idoso. Este assume as tarefas do cuidado, tendo em conta as necessidades do idoso e responsabiliza-se por elas. Isto pode ser compreendido como um sentimento natural e subjectivo ligado a um compromisso constituído ao longo da convivência familiar (Montezuma:2008).

A decisão de quem cuida é mais ou menos consciente e decorrente de uma dinâmica específica. O processo parece obedecer a certas regras baseadas em quatro factores: relacionadas com o **parentesco**, com maior frequência para os cônjuges, depois os filhos, em seguida irmãos; o **género**, normalmente, a mulher; a **proximidade física**, considerando



quem vive com a pessoa que requer os cuidados, e a **proximidade afectiva**, destacando a relação conjugal e o vínculo entre pais e filhos (Montezuma:2008).

Por vezes, processo de identificação do cuidador dá-se quando se deparam com a rotina de cuidados e há uma certa reflexão a partir desse momento. O tornar-se responsável pelo cuidado não é uma opção. Geralmente, o cuidador não toma a decisão de cuidar mas na impossibilidade de outros cuidadores para cuidar, ela vai-se envolvendo neste processo e os outros vão se afastando da prestação de cuidados. Deste modo, a pessoa vai assumindo responsabilidades e quando percebe, está totalmente responsável pelo idoso dependente. A maioria dos cuidadores não sabe quando se tornaram formalmente cuidadores (Montezuma:2008). Esta situação normalmente ocorre quando o idoso se encontra num processo de progressiva perda de autonomia e o cuidador não tem consciência de que é o membro da família sobre o qual irá recair o maior encargo, nem se essa situação se pode arrastar por muitos anos, e que provavelmente irá necessitar de aumentar a sua dedicação (Figueiredo:2006).

O início da prestação de cuidados é mais fácil de datar e a decisão de cuidar é tomada de forma mais consciente quando o idoso é vítima de um incidente inesperado, tal como uma doença ou incidente que resulta na aquisição de incapacidades de modo súbito, a viuvez, a demissão ou a morte da pessoa que anteriormente prestava cuidados (Figueiredo:2006).

Por imposição ou escolha, o cuidador é aquele que dá prioridade às necessidades do outro. Muitas vezes sente-se pressionado por necessidades imediatas, deixando as suas causas para segundo plano. Refutam em falar sobre as suas dificuldades e não querem demonstrar falta de interesse pela pessoa cuidada (Montezuma: 2008).

### 3.7.2 – Redes formais

São denominadas redes formais, quando se prestam cuidados, fazendo-o numa base contratual. Neste caso, a relação que se estabelece com o idoso dependente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária ou material pelo exercício das suas funções. Destas fazem parte todos os tipos de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais. Cuidados formais são os cuidados prestados ao idoso dependente nas suas actividades de vida diárias por serviços públicos ou privados com ou sem fins lucrativos.

Na nossa sociedade o recurso a apoios formais comunitários é dificultado pelos preconceitos e atitudes adversas em relação às instituições para idosos. Por vezes, na perspectiva do idoso e da sociedade, a institucionalização ou frequentar um serviço para idosos é interpretado como desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares.

Embora, hoje em dia, esteja comprovado que este tipo de serviços é imprescindível para o apoio aos idosos e às suas famílias (Sousa:2006). Este tipo de preconceito deve-se ao facto deste tipo de serviços serem recentes. Porém, até há bem pouco tempo os cuidados aos idosos eram um assunto exclusivo da família. Todavia, com o aumento do número de idosos e as alterações nas estruturas familiares tornou-se num assunto social, ainda que novo e inesperado (Sousa:2006).

O envolvimento dos cuidados formais no apoio e nos cuidados ao idoso e sua família, assume diferentes características em virtude do tipo de serviços, ou seja, se ocorre com os idosos a viver em sua casa (apoio domiciliário, centros de dia e convívio) ou se implica a institucionalização permanente (lares). No apoio domiciliário, temos que ter em consideração, de que haverá elementos exteriores às interações familiares, intrusos (cuidadores formais), quanto aos lares é retirar o idoso da família (Sousa:2006).

### **Apoio Domiciliário**

O conceito de apoio domiciliário só ganhou expressão a partir da década de 80. A sua consolidação como política social de velhice verificou-se na década de 90 (Saraceno e Naldini, 2003).

Criar condições favoráveis para que os idosos possam viver até ao fim da vida nas suas casas ou o mais tempo possível constitui um dos objectivos da política de manutenção no domicílio, no qual as questões do habitat são determinantes, como constam de orientações e recomendações, nomeadamente da ONU e da UE. Em Portugal, os défices e as dificuldades referidas prendem-se com desigualdades sociais e com questões de rendimentos. As pessoas idosas e reformadas estão particularmente expostas à pobreza, por vezes, com dificuldades para pagar a renda de casa, a luz, a água, os medicamentos (Quaresma:2004).

Recentemente, o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro procedeu à criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o correspondente regime de organização e funcionamento e nomeando as respectivas unidades funcionais, designadamente, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A estas unidades compete desenvolver apoio psicológico e social e prestar cuidados a nível comunitário e domiciliário a indivíduos em situação de vulnerabilidade, risco e dependência física ou funcional ou doença, bem como, actuar na “educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” – artigo 11.º, n.º1 do citado diploma, mais ainda, exercem competências na área geo-demográfica do centro de saúde implantado em cada área, intervindo em proporção das especificidades e solicitações sociais e demográficas da comunidade.

O apoio domiciliário, normalmente, até 4 h/dia é assumido pela Segurança Social. O apoio domiciliário em regime de meio tempo prestado numa base formal (até 4h/dia), desenvolvido normalmente para idosos muito dependentes. O apoio é essencialmente para os cuidados de higiene e para as refeições (almoço). Apesar de existir este apoio, os familiares continuam a despende grandes quantidades de tempo e de energia na prestação de cuidados. Este tipo de apoio acaba por ser apenas uma “pequena ajuda” no dia-a-dia dos cuidadores (Wall et.al, 2002). Esta solução na prestação de cuidados é adequada para os idosos mas desadequada para a família.

A solução ideal seria o apoio domiciliário em regime de tempo inteiro, ou seja, superior a 4 horas e até 8 horas, o que em Portugal, geralmente, é realizado pelo sector privado, tornando-o muito caro. Facilitando nitidamente a conciliação entre o trabalho e os cuidados aos idosos com um elevado grau de dependência. Porém, este tipo de serviços é fornecido sobretudo pelo sector informal pago ou pelo sector privado lucrativo, o que inviabiliza o acesso aos agregados familiares com rendimentos mensais per capita relativamente baixos (Wall et.al, 2002).

### **Centros de dia**

Este tipo de cuidados formais integra elementos da rede familiar do idoso e elementos exteriores a esta, os quais pertencem a uma rede formal de apoio. Assim uma parte dos cuidados é delegada em recursos formais exteriores à família (Wall et.al, 2002). Porém, nem todos os idosos poderão frequentar os centros de dia, dependendo do grau de dependência do idoso, normalmente, com grau moderado de dependência (Wall et.al, 2002).

Os serviços prestados por um centro de dia são conjugados com os cuidados familiares. Estes decorrem, normalmente, no início do dia e depois ao fim da tarde. Durante o dia é o centro de dia que cuida do idoso e funciona de segunda a sexta-feira entre as 9h e as 17:30/18h.

### **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Esta rede (RNCCI) criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, ao abrigo do Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho veio responder, de forma articulada e integrada, às necessidades das pessoas com dependência através da dinamização e implementação de unidades e equipas de cuidados, dirigidas às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas e assentes em parcerias públicas, sociais e privadas. Mais, visando contribuir para a melhoria de saúde do cidadão com perda funcional ou em situação de risco de a perder através de cuidados técnicos e humanos adequados.

As unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados são constituídas por Unidades de convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidades de Internamento de longa duração e manutenção, Unidades de Cuidados paliativos, Unidades de dia e promoção da autonomia.

### **Institucionalização**

Os principais motivos da institucionalização dos idosos é a incapacidade e a doença associada a razões de ordem familiar, tais como, a falta de apoio familiar (8%), a falta de condições para o desempenho dessa função (14%), os conflitos familiares e abandono (3%), a carência de uma estrutura familiar de suporte (4%). [...] Outro motivo para o recurso à instituição é a incapacidade do idoso em viver só e os familiares não reúnem condições para dar resposta às necessidades essenciais do idoso, quer por questões habitacionais, de tempo ou falta de disponibilidade (Gil, 2010). Por vezes, recorre-se à institucionalização por um agravamento do estado de saúde do idoso, por um declínio cognitivo e pela exaustão do cuidador informal. Esta solução é tomada em ultimo recurso, já quando não há outra opção, e é tomada em consideração às relações prévias e aos desejos expressos pelo idoso (Sousa:2006).

O processo de institucionalização exprime a saída de casa. Trata-se de uma situação muito complexa e pode ser um processo rápido ou longo, possuindo um conjunto de etapas, das quais a tomada de decisão, a escolha de um lar, a adaptação e a integração no novo lar (Sousa:2006).

A decisão de ir para o lar é mais fácil quando existem vários filhos e a decisão é consensual. Quando se é filho único sente-se um peso maior nos seus ombros, sente-se só, provocando muitas dúvidas e a tomada da decisão é mais difícil. Mas no processo de decisão existem momentos de confronto, criam-se tensões nas relações familiares e recordam-se dádivas passadas, provoca um conjunto de sentimentos próprios e específicos de família para família, sentimentos de mal-estar e remorso (Gil:2007).

O idoso ao ser institucionalizado, fica numa situação de dupla pertença, ou seja, à família pela ligação afectiva, ao lar devido ao laço instrumental e afectivo (Sousa:2006).

A instituição espera que haja um envolvimento e participação da família, em realizar visitas frequentes, acompanhar o idoso ao médico, colaborar na tomada das decisões, levar o idoso aos fins-de-semana, férias e épocas festivas (Sousa:2006). Segundo Aneshensel et al. (2005) citado por Figueiredo (1996), após a institucionalização de um familiar idoso, o cuidador continuará frequentemente a prestar cuidados suplementares ou invisíveis.

### **Empregada particular**

O recurso a uma empregada particular surge também como uma solução. No entanto, vários factores contribuem para o fracasso desta ideia, pois é muito difícil encontrar alguém que queira cuidar de uma pessoa idosa, a tempo inteiro, a falta de preparação humana e técnica, a necessidade de folgas, para além do elevado custo económico que um serviço desta natureza envolve, podendo ser suportado só por alguns (Gil:2007). Na eventualidade de a condição financeira o permitir, esta é uma boa opção para aliviar o familiar cuidador e ajudá-lo no seu dia-a-dia a cuidar do idoso dependente.

## **PARTE II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

## 1 - METODOLOGIA

### 1.1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO

Baseando-me na questão que norteia a minha investigação, pretendo com este estudo contribuir para um melhor conhecimento da realidade das famílias e dos cuidadores ou gestores de cuidados face à problemática dos idosos dependentes.

Delineei como **Objetivo geral**: Identificar quais as dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas pelas famílias cuidadoras ou gestoras dos cuidados prestados aos idosos dependentes desde o surgimento da dependência.

#### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar os familiares cuidadores ou gestores dos cuidados aos idosos dependentes;
- Caracterizar os idosos dependentes;
- Classificar o grau de dependência dos idosos;
- Identificar as dificuldades ou necessidades sentidas, pelos cuidadores ou gestores dos cuidados dos idosos dependentes;
- Enumerar as principais estratégias desenvolvidas pelas famílias dos idosos dependentes;

### 1.2 - TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta os objectivos e as características do estudo, enveredei por um tipo de estudo transversal, exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa.

Transversal, porque todas as avaliações ou a recolha de dados são feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento das famílias ou dos idosos. Exploratório porque visa fazer um levantamento e reconhecimento da dinâmica familiar, de quem cuida de um familiar idoso dependente e identificar quais as dificuldades sentidas e estratégias desenvolvidas por essa família. Descritivo pois pretende descrever rigorosa e nitidamente a dinâmica das famílias cuidadoras de idosos dependentes, classificar o grau de dependência dos idosos e classificar o tipo de famílias.

A abordagem quantitativa e qualitativa é complementar, sendo que através da associação dos dois, poderei ter uma melhor percepção da dimensão e da importância do problema em questão, assim como as limitações singulares poderão ser reduzidas e ultrapassadas, enriquecendo assim o estudo.

### 1.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

#### 1.3.1- Definição da Amostra

A amostra é constituída, por familiares cuidadores ou gestores dos cuidados a idosos dependentes. Estes idosos devem estar internados nos serviços de medicina ou cirurgia do Hospital CUF Descobertas, no período entre Abril e Junho de 2010.

Optei por uma amostragem de conveniência, por razões de acessibilidade à população, uma vez que trabalho neste hospital, permitindo-me um fácil contacto com a instituição, com a população e com os restantes intervenientes.

#### 1.3.2 - Método de recrutamento

Durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2010, fiz um levantamento dos idosos, internados no serviço de medicina e cirurgia do Hospital CUF Descobertas, que já tinham como antecedentes alguma dependência. Procurei identificar, junto da equipa de enfermagem ou médica, quais os doentes idosos internados, que tivessem dependência anterior ao internamento actual.

Para identificar quais os familiares cuidadores ou gestores dos cuidados dos idosos dependentes, procurei informação junto dos idosos, da equipa de enfermagem ou de algum familiar presente no momento da visita.

Após a identificação dos idosos dependentes e dos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados, convocava-os para que participassem no estudo, informando-os dos objectivos do mesmo e acerca do método de recolha de dados.

#### 1.3.3 - Critérios de inclusão e não inclusão

Segundo os *critérios de inclusão*, foram abrangidos os familiares cuidadores ou gestores dos cuidados a idosos dependentes, ou seja, o familiar que estava mais perto do idoso e estava atento às suas necessidades. Ora, cuidavam directamente do idoso dependente (cuidador informal), ora cuidavam do idoso e tinham ajuda de outras pessoas (cuidadores informais e/ou cuidadores formais) ou supervisionavam os cuidados que outros prestavam ao seu idoso dependente, estivesse o idoso no domicílio ou institucionalizado ou apenas ajudavam o idoso nalgumas tarefas.

Estes idosos dependentes tinham idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, podendo ter qualquer grau de dependência prévia, fosse essa dependência física ou mental.

Como *critérios de não inclusão*, os familiares cuidadores ou gestores de cuidados a pessoas dependentes, em que o dependente: tivesse idade inferior a 65 anos; não possuísse qualquer grau de dependência prévia ao internamento ou se estivesse em fase terminal.



#### 1.4 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Após identificar o idoso dependente e o seu familiar cuidador ou gestor dos cuidados e os ter convocado para o estudo, informava-os acerca dos objectivos, da finalidade, caracterização do estudo e do carácter confidencial dos dados recolhidos. Pretendia manter a privacidade dos sujeitos e do anonimato dos questionários.

Na 1ª folha do questionário encontra-se toda esta informação descrita e também esclarecimentos relativamente à resolução do questionário (Anexo I).

## 2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Para o desenvolvimento do estudo foi criado um instrumento de recolha de dados, tendo em vista os objectivos do mesmo, o qual consistiu num questionário estruturado.

No sentido de verificar as dificuldades, na aplicabilidade do instrumento e visando a adequação do mesmo para a população em estudo, realizei um pré-teste a um grupo de 5 pessoas, com características similares às da população alvo. Para tal, pedi previamente autorização às pessoas e esclareci-as acerca dos objectivos do estudo e do pré-teste. Assim, avaliei a eficácia e a precisão das questões, bem como a sua sequência e encadeamento. Após este procedimento, houve necessidade de introduzir algumas correcções de pormenor, nomeadamente, ajustar e reformular algumas questões de modo a existir uma melhor compreensão das mesmas.

Após a reformulação, conclusão do inquérito, e visando o cumprimento de todos os procedimentos necessários, foi endereçado, quer um pedido formal da minha iniciativa, quer um pedido da autoria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, ao Conselho de Administração do Hospital CUF Descobertas, para autorização do estudo. Esta autorização foi seguidamente analisada pela Comissão de Ética do Hospital CUF Descobertas, tendo sido autorizado a recolha de dados através da aplicação do questionário.

Uma vez obtidas as autorizações, contactei com os serviços de cirurgia e medicina para lhes informar de que iria começar a realização do estudo e pedir também a sua colaboração e compreensão.

Após os sujeitos revelarem vontade em participar no estudo, deixava-lhes o questionário dentro de um envelope aberto e pedia-lhes que o preenchessem quando lhes fosse oportuno e para não o assinarem. Seguidamente entregavam-no fechado dentro do envelope, na sala de trabalho de Enfermagem.

No final da semana eu passava pelas salas de Enfermagem e levantava os questionários, que estavam guardados pelos enfermeiros do Serviço numa pasta, dentro dos respectivos

envelopes fechados, mantendo assim a privacidade dos sujeitos e o anonimato dos questionários.

Posteriormente, a informação dos questionários foi codificada e inserida na base de dados do SPSS (Statistical Package for the Social Science), seguindo-se a descrição e a análise interpretativa dos resultados.

## 2.1- INQUÉRITO

Elaborei um questionário, para recolha de informação, de acordo com os objectivos do estudo. A estrutura do questionário constou de duas partes, a primeira parte constituída por questões referentes ao familiar cuidador ou gestor dos cuidados prestados ao idoso dependente e a segunda parte sobre dados do idoso, de modo a avaliar o seu grau de dependência. O questionário possui questões fechadas, abertas e semi-abertas (Anexo I).

O questionário foi construído com base em diferentes dimensões. A primeira parte referente ao familiar cuidador ou gestor dos cuidados, é constituído pela:

- ❖ *Caracterização sócio-demográfica* - Idade; Sexo; Nacionalidade; Estado civil; Grau de parentesco; Habilitações Literárias; Profissão; Se coabita com o idoso; Quantos filhos tem; Quantos irmãos tem; Há quanto tempo presta cuidados; Rendimento mensal.
- ❖ *Caracterização da saúde dos familiares cuidadores/gestores de cuidados* - Se tem problemas de saúde; Auto percepção de saúde; A saúde agravou-se com a prestação dos cuidados.
- ❖ *Caracterização da prestação dos cuidados de saúde, dos familiares cuidadores e/ou gestores de cuidados* - Há quanto tempo gere os cuidados?; A decisão de quem cuida foi baseada em quê? Porque assumiu esta tarefa? Que tipo de apoio ou cuidados presta ao idoso dependente? Se tem ajuda de terceiros, ou de uma instituição? se recorreu à institucionalização, qual o motivo? A dependência do seu familiar idoso veio alterar a dinâmica familiar, modificando a rotina da família? Se sim, em que aspectos? Quais as principais dificuldades ou necessidades, sentidas em relação à tarefa do cuidar ou gerir os cuidados ao seu idoso dependente, desde que surgiu a dependência? Como ultrapassou essas dificuldades?

Relativamente à 2ª parte do questionário, referente ao idoso dependente, as questões foram desenvolvidas, estruturadas e codificadas com base num instrumento de avaliação biopsicossocial (MAB). Para isso, pedi autorização formal à sua autora.

O “MAB” é um instrumento de informação biopsicossocial, com “*abordagem de detecção diagnóstica multidimensional de tipo rastreio, de adultos, idosos e pessoas em situação de dependência*” (Botelho, 2008:79), com a particular vantagem de aplicação em idosos. Este

método permite detectar perturbações, identificar diferentes estados de saúde física, estado mental, funcional, social e de hábitos de vida.

A segunda parte do inquérito é constituída por questões referentes ao idoso dependente, baseadas no “MAB” e têm a seguinte sequência:

- ❖ *Caracterização sócio-demográfica dos idosos* - Sexo; Idade; Quantos filhos tem; Com Quem vive; Tempo em que está só nas 24 horas; Anos de escolaridade; Profissão; Pensão de reforma; Se usufrui de outros apoios económicos;
- ❖ *Caracterização dos Problemas de Saúde e da Dependência do Idoso* - Queixas de Saúde; Quedas; Locomoção; Autonomia Física; Autonomia instrumental; Estado emocional; Estado cognitivo.

## 2.2 – CARACTERIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A caracterização das variáveis, foi baseada nos componentes que as definiam e a classificação apurada com base nas pontuações atribuídas a esses componentes.

As questões foram desenvolvidas, estruturadas e codificadas com base na literatura consultada e em escalas validadas, estas serão sempre referenciadas ao longo do texto.

### 2.2.1- Caracterização da saúde dos familiares cuidadores/gestores de cuidados

Para caracterizar a saúde dos familiares, foram colocadas três questões:

- ❖ *Problemas de saúde dos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados.* Surgiu como pergunta aberta. Posteriormente, agrupei as respostas por órgãos e sistemas, segundo a International Classification of Primary Care-2, (ICPC-2, 2011).
- ❖ *Como considera a sua saúde.* Os cuidadores/gestores dos cuidados classificaram a sua saúde, entre *má, fraca, boa e muito boa*. Sendo, realizada uma avaliação, pelo próprio, de como se sentiam em relação ao seu estado de saúde.
- ❖ *A saúde tem agravado desde que assumiu a tarefa de cuidar ou gerir os cuidados.* Respondiam *Sim* ou *Não*.

### 2.2.2 - Caracterização da prestação dos cuidados dos familiares cuidadores e/ou gestores de cuidados ao idoso dependente.

Para caracterizar a prestação dos cuidados realizada pelos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados, desenvolvi várias questões, perguntas abertas, das quais:

- ❖ *A decisão de quem cuida ou gere os cuidados foi baseada em quê? Quais as razões?*

As mais variadas repostas a esta questão foram agrupadas da seguinte forma, segundo Gil (2010:237):

- ✓ *Afectiva* – Por amor, ternura;
- ✓ *Normativo* – Por obrigação e dever;
- ✓ *Proximidade física* – Por proximidade geográfica ou porque já vivia com o familiar há muito tempo;
- ✓ *Soluções institucionais remuneradas* – Por não querer colocar o idoso num lar; Mensalidades muito caras; Não existem estruturas de apoio suficientes; Receio de não encontrar pessoas de confiança que possam cuidar; É muito caro pagar a uma empregada.
- ✓ *Outras*.

❖ *Que tipo de tarefas, apoio ou cuidados presta ao seu familiar idoso dependente?*

As respostas dos inquiridos foram agrupadas e classificadas, baseando-me in Ribeiro (2005), Lage (2005), Figueiredo (2006) da seguinte forma:

- ✓ *Afectivo* – carinho, proporcionar conforto, fazer companhia e apoio social;
  - ✓ *Físico* – auxiliar na higiene, alimentação, vestuário e mobilidade;
  - ✓ *Instrumental* - administrar a medicação, realização de alguns tratamentos, compras gestão do dinheiro, transporte, tarefas domésticas.
- ❖ *Quais as principais dificuldades ou necessidades sentidas pelo familiar cuidador/ gestor dos cuidados.*

As várias respostas a esta questão foram associadas e classificadas com base in Figueiredo (2006), da seguinte forma:

- ✓ *Informação e formação* – falta de formação de como realizar os cuidados, ou de como adaptar no domicílio o ambiente arquitectónico ao idoso; falta de informação sobre os direitos e deveres do idoso dependente e sua família.
- ✓ *Conciliação do trabalho com o cuidar*.
- ✓ *Apoio emocional* – Falta de grupos de apoio emocional, escassez de suporte emocional e aconselhamento.
- ✓ *Apoio Domiciliário* – Escassez de serviços e meios, a falta de serviços e apoios, principalmente ao fim de semana no apoio domiciliário.
- ✓ *Diminuição da vida social* – menos tempo para conviver com os amigos e família.
- ✓ *Tarefas físicas* – Dificuldades na prestação de cuidados directos, como cuidados de higiene, vestir, alimentação, posicionamentos, levantar diário, mobilização do idoso, etc.
- ✓ *Gestão do tempo* – Falta de tempo, indisponibilidade para tempos livres, falta de tempo para si próprio.

- ✓ *Saúde do cuidador* – cansaço físico e emocional do cuidador e os antecedentes de saúde do cuidador.
  - ✓ *Apoio financeiro* – falta de apoios financeiros, reformas baixas, oferta de serviços de apoio com preços elevados.
  - ✓ *Outros* - As condições habitacionais, distância geográfica, personalidade do idoso, dificuldade na mobilização do idoso.
- ❖ De que forma ultrapassou essas dificuldades?

As várias respostas foram agrupadas e classificadas em categorias, de acordo com José e Wall (2006), Wall, José e Correia (2002) e Gil (2010), da seguinte forma:

- ✓ Apoio Informal.
- ✓ Institucionalização;
- ✓ Empregada doméstica;
- ✓ Apoio domiciliário privado;
- ✓ Procurar informação;
- ✓ Sacrifício económico;
- ✓ Gerir melhor o tempo;
- ✓ Outros: Persistência, Paciência, Carinho; Amor; Força.

### 2.2.3 - Caracterização dos Problemas de Saúde e da Dependência do Idoso

A caracterização da saúde do idoso foi analisada, através das seguintes questões abertas, colocadas ao cuidador ou gestor de cuidados:

- ❖ Quais os problemas de saúde do Idoso?
- ❖ Quais os problemas que o levaram à dependência?

As mais variadas repostas a estas duas questões foram agrupadas segundo o International Classification of Primary Care –2 ( ICPC-2, 2011).

- ❖ A dependência surgiu de forma progressiva ou súbita?

### 2.2.4- A avaliação e classificação da dependência dos idosos

A avaliação foi baseada no instrumento de avaliação biopsicossocial “MAB”, assente nos seguintes domínios:

- ❖ **Classificação das Quedas do idoso** – Baseou-se nas seguintes questões:
  - 1- Número de quedas no último ano;
  - 2- Quando foi a ultima vez que caiu;
  - 3- Quais os motivos;
  - 4- Posteriormente ficou ou não com alterações na mobilidade.

Foi atribuído uma pontuação a cada resposta, de 0 a 3, correspondendo o zero ao pior ou Mau e o valor três ao melhor ou Bom. Esta classificação surgiu com o cálculo da média. Assim, as respostas às questões foram classificadas da seguinte forma:

- ✓ *Mau (Pontuação de 0 a 0,9)* - Tiveram 4 ou mais quedas no último ano, há menos de um mês, o motivo das quedas foi interno e externo e ficaram com alteração da mobilidade e com sequelas;
- ✓ *Insatisfatório (Pontuação de 1 a 1,9)* - Tiveram 2 a 3 quedas no último ano, se foi entre um mês e um ano, se a causa foi interna e se não houve alterações da mobilidade;
- ✓ *Satisfatório (Pontuação de 2 a 2,9)* – Tiveram apenas 1 queda no último ano, ou se a queda foi há mais de um ano, a causa foi externa, e ficaram sem sequelas;
- ✓ *Bom (Pontuação 3)* - Não tiveram quedas no último ano e nunca tiveram quedas.

Seguidamente, agrupou-se esta classificação em apenas duas categorias:

- ✓ *Mau- englobando as pontuações de 0 a 1,9 valores.*
- ✓ *Bom- incluindo as pontuação de 2 a 3 valores.*

❖ **Locomoção** dos idosos - Inerente à locomoção, está a capacidade do idoso se deslocar:

1. Em casa;
2. Na rua;
3. Em escadas.

❖ **Autonomia Física**, desta constam as seguintes tarefas:

1. Lavar-se ou tomar banho (entrar/sair, estar e lavar-se);
2. Vestir-se ou despir-se (escolher, preparar, vestir);
3. Usar sanita, bacio ou urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar);
4. Deitar-se e levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar);
5. Sentar-se ou levantar-se de cadeiras (mover-se, transferir-se, andar);
6. Controlar a urina;
7. Controlar fezes;
8. Alimentar-se, comer (servir-se, preparar alimentos e comer).

❖ **Autonomia Instrumental** – desta constam as seguintes tarefas:

1. Usar o telefone;
2. Fazer compras;
3. Preparar refeições;
4. Fazer a lida da casa;
5. Lavar e tratar da roupa;
6. Usar transportes;
7. Tomar os medicamentos;
8. Gerir o dinheiro.

Foi atribuído uma pontuação a cada tarefa, de 0 a 3, correspondendo o zero a incapaz e o valor três a independente.

Seguidamente fez-se a pontuação final de cada domínio (locomção, autonomia física, autonomia instrumental), considerando que a menor pontuação das suas tarefas, determina a pontuação no domínio.

- ✓ *Incapaz (pontuação 0)* – não consegue realizar estas tarefas;
- ✓ *Dependente (pontuação 1)* - com ajuda de terceiros;
- ✓ *Autónomo (pontuação 2)* – Realiza com ajuda de outros meios, apoios mecânicos ou se necessita de ajuda ocasional e nos acabamentos;
- ✓ *Independente (pontuação 3)* - não necessita de ajuda.

Para obter uma **classificação dicotómica** do grau de dependência dos idosos em cada domínio (locomção, autonomia física, autonomia instrumental), agrupei as suas pontuações, da seguinte forma:

- ✓ *Dependência severa (pontuação 0)* – Agrupei a pontuação de 0 a 1 à classificação de incapaz ou dependente, atribuindo-lhe uma pontuação de 0, correspondendo a uma dependência severa.
- ✓ *Dependência ligeira (pontuação 1)* – Agrupei as pontuações 2 e 3, ou seja à classificação de autónomo ou independente atribuindo-lhe uma pontuação de 1, correspondendo a uma classificação de dependência ligeira.

De modo a obter um score mais fino do grau de dependência, seguidamente foram calculados **scores de dependência**, nomeadamente para cada domínio (**score de locomoção, score de autonomia física, score de autonomia instrumental**). Calculados através das médias das classificações dicotómicas (valor 0 ou valor de 1) de cada tarefa no domínio. Este **score** vai variar entre um valor de 0,0 a 1,0. 0,0 Corresponde a totalmente dependente no domínio (incapaz de realizar qualquer tarefa, dependência severa) e progressivamente evoluindo para o menos dependente do domínio (só é dependente em

certas tarefas, dependência moderada ou ligeira), até ao independente no domínio (realiza todas as tarefas) a que corresponde o valor 1,0.

Finalmente calculou-se o **score final de dependência física**, através da média dos **scores de locomoção, autonomia física e autonomia instrumental**, resultando o **score entre 0,0 e 1,0**, ou seja, do mais dependente para o menos dependente.

❖ **Queixas emocionais** dos idosos – Estas foram avaliadas e classificadas segundo os sentimentos de:

1. Tristeza /depressão;
2. Nervosismo /ansiedade;
3. Com outras queixas emocionais.

As respostas foram agrupadas e atribuída uma pontuação de 0 a 3, assim:

- Muito tempo/ sem resposta (valor de 0);
- Metade do tempo (valor de 1);
- Pouco tempo (valor de 2);
- Nunca (valor 3).

Seguidamente, este domínio foi classificado, calculando a média das 3 questões e baseado num método de avaliação biopsicossocial “MAB” da seguinte forma:

- ✓ *Mau* (valor de 0 a 0,9) - Quando se encontram muito tempo (triste/ deprimido; Nervoso/ ansioso) ou não se obtém resposta, ou quando apresentam também outras queixas emocionais;
- ✓ *Insatisfatório* (valor de 1 a 1,9) - Encontram-se metade do tempo tristes/deprimidos, nervosos/ansiosos;
- ✓ *Satisfatório* (Valor de 2 a 2,9) - Sentem-se tristes/deprimidos e nervosos/ansiosos pouco tempo;
- ✓ *Bom* (valor de 3) - Nunca se sente deprimido/triste ou ansioso/nervoso e não apresenta outras queixas emocionais.

❖ **Estado cognitivo** dos idosos dependentes - foi avaliado através de um excerto do Mini Mental State Examination (MMSE), baseado em Guerreiro et al (2003), cujas questões foram aplicadas pelo cuidador ao seu familiar idoso:

1. Orientação no tempo (ano, mês, dia do mês, estação do ano, dia da semana);
2. Orientação no espaço (país, distrito, terra, casa, andar).

Fez-se a classificação do domínio, baseada no “MAB”, através do cálculo da média do valor atribuído a cada resposta para a orientação no tempo e para a orientação no espaço, separadamente. Seguidamente, para calcular o estado cognitivo, fez-se a média da orientação no espaço com a orientação no tempo, da seguinte forma:



- Não responde/ não sabe/ errado, atribuído o *valor 0*;
- Certo, atribuído o *valor 3*.

Classificação final do estado cognitivo:

- ✓ *Mau – corresponde ao valor de 0 a 0,9;*
- ✓ *Insatisfatório – Corresponde ao valor de 1 a 1,9;*
- ✓ *Satisfatório – Corresponde ao valor de 2 a 2,9;*
- ✓ *Bom – corresponde ao valor 3. Ou seja está orientado no tempo e espaço.*

Para obter uma **classificação dicotômica** das queixas dos idosos e do estado cognitivo agrupei em duas categorias as respostas, da seguinte forma:

- ✓ *Insatisfatório com Valor 0 – Quando o valor das respostas é inferior ou igual a 1,9;*
- ✓ *Satisfatório com Valor 1 – Quando o valor das respostas é superior ou igual a 2.*

Para calcular os **scores das queixas emocionais** dos idosos, seguidamente, calculei a média das questões referentes a este domínio, com base nos valores da classificação dicotômica (0 e 1). Assim o **score pode variar entre 0,0 e 1,0**, correspondendo respectivamente do pior até ao melhor a nível de queixas.

Para calcular os **scores do estado cognitivo dos idosos**, fui calcular os **scores**, relativamente à **orientação no tempo** e à **orientação no espaço**, separadamente, através da média das questões referentes a este domínio, com base nos valores da classificação dicotômica (0 e 1). Por fim, faço a média dos scores da orientação no espaço e no tempo. Assim, o **score do estado cognitivo dos idosos varia entre 0,0 e 1,0**, correspondendo o valor 0,0 ao pior e progressivamente o valor 1,0 ao melhor estado cognitivo.

Posteriormente, calculei o **score de dependência total final** dos idosos, calculando a média do **score final de dependência física e o score do estado cognitivo**, o valor do **Score de dependência total vai variar entre 0,0 e 1,0**, sendo o 0,0 totalmente dependente em todos os domínios e progressivamente sendo menos dependente em outros domínios até ao valor de score ser 1,0 (o idosos é menos dependente de terceiros, precisa de ajuda mínima).

## 2.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Após a recolha dos dados através de instrumentos estruturados procedeu-se a informatização ao tratamento desses dados recorrendo a metodologia estatística. O tratamento estatístico foi realizado através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão IBM SPSS Statistics19 e através do Microsoft Office Excel 2007.

Procedeu-se ao sistema de codificação das variáveis que passou pela escolha de categorias, facilitando, deste modo, uma arrumação sintética e significativa do conteúdo das respostas. As questões abertas foram estudadas através da análise de conteúdo baseadas na literatura consultada e já referenciada no capítulo anterior.

Foi feita a análise descritiva das variáveis e apresentadas em quadros de distribuição de frequências absolutas ou gráficos e quando adequado faz-se a apresentação das médias, desvios padrão e valores extremos.

## 3- RESULTADOS

### 3.1- FAMILIARES CUIDADORES E/OU GESTORES DE CUIDADOS

#### 3.1.1 Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores e/ou gestores de cuidados

Pela leitura do Quadro n.º1 quanto **ao sexo e à idade**, verificamos que, dos 25 familiares cuidadores ou gestores dos cuidados ao idoso, inquiridos, 19 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino. No agrupamento por categorias etárias, a maior parte dos cuidadores ou gestores tinham entre 50 a 59 anos, seguindo-se os de 60 a 69 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino. A média de idade é de 56,4 anos, um desvio padrão de 11,02 anos, com um mínimo de 32 anos e um máximo de 84 anos.

Ao analisar **o grau de parentesco** entre os familiares cuidadores ou gestores dos cuidados e os idosos dependentes, podemos constatar serem os filhos que mais assumiam essa responsabilidade, seguindo-se os cônjuges. Do sexo feminino, são essencialmente filhas (N=16), esposas (N=2) e irmã (N=1). Enquanto do sexo masculino, filhos (N=5) e cônjuge (N=1), nenhum cuidador masculino tem irmãos, (Quadro n.º1).

No que diz respeito ao número de **irmãos dos cuidadores**, podemos verificar que cerca de 60% não tinha irmãos (n=15), seguindo-se os com um só irmão (N=4). Apenas 24% dos familiares inquiridos tinham mais do que 2 irmãos. Podemos verificar, que, a média de irmãos é próxima de 1 (0,96), com um mínimo de zero irmãos e um máximo de 5 irmãos, sendo o desvio padrão de 1,51, (Quadro n.º1).

Em relação ao **número de filhos** dos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados, a análise do Quadro n.º1 permite observar que não se verificou uma distribuição preferencial da composição dos seus agregados familiares, mas a maioria dos cuidadores tem filhos (N=19).

Relativamente à **coabitação**, a maioria dos cuidadores ou gestores de cuidados que coabita com o idoso, são os do sexo feminino (Quadro n.º 1).

Quadro n.º1 - Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores ou gestores de cuidados segundo o sexo

		Sexo		Total N=25
		Feminino N=19	Masculino N=6	
Grupo etário	30 a 39	2	0	2
	40 a 49	1	2	3
	50 a 59	9	2	11
	60 a 69	5	1	6
	≥ 70	2	1	3
Estado Civil	Casado	12	5	17
	Divorciado	2	1	3
	Solteiro	3	0	3
	União de facto	1	0	1
	Viúvo	1	0	1
Parentesco	Cônjuge	2	1	3
	Filho	16	5	21
	Irmão	1	0	1
Nº de irmãos	0 Irmãos	9	6	15
	1 Irmão	4	0	4
	2 Irmãos	2	0	2
	≥ 3 Irmãos	4	0	4
Nº de Filhos	0 Filhos	6	0	6
	1 Filho	5	1	6
	2 Filhos	5	3	8
	3 Filhos	3	2	5
Coabitação	Não	6	4	10
	Sim	13	2	15

Em relação ao **estado civil**, a maioria dos cuidadores ou gestores dos cuidados ao idoso eram casados (N=17), dos quais cerca de metade coabitava com o idoso. A totalidade dos solteiros e dos divorciados inquiridos coabitavam com o seu familiar idoso dependente (Quadro n.º2).

Quadro n.º 2 – Distribuição por estado civil e coabitação dos familiares cuidadores /ou gestores dos cuidados

Estado Civil	Coabitação		Total
	Não	Sim	
Casado	8	9	17
Divorciado	0	3	3
Solteiro	0	3	3
União de facto	1	0	1
Viúvo	1	0	1
Total	10	15	25

Analisando o **grau de parentesco**, Quadro n.º3, podemos constatar que, sendo os cuidadores principalmente filhos, isso se verificou na quase totalidade dos idosos cujo estado civil é não acompanhado (viúvos e divorciado), e em dois terços dos casados. Apenas 9 idosos são casados, destes, 6 são ainda os filhos que cuidam e 3 são os cônjuges.

Quadro n.º 3 - Distribuição por grau de parentesco dos familiares cuidadores/gestores dos cuidados e por estado civil dos idosos dependentes.

Grau de parentesco	Estado civil dos idosos dependentes			Total
	Casado	Divorciado	Viúvo	
Cônjuge	3	0	0	3
Filho	6	1	14	21
Irmão	0	0	1	1
Total	9	1	15	25

**Caracterização Socioeconómica**, pela observação do Quadro n.º4, ressalta que, 48% dos familiares responsáveis pelos cuidados aos idosos dependentes possuía mais de 12 anos de **escolaridade** (N=12), 32% entre dez a doze anos de escolaridade (N=8), apenas 1 indivíduo tinha até três anos de escolaridade.

Podemos constatar que, a distribuição do **rendimento mensal**, dos indivíduos prestadores de cuidados ou sua gestão, que responderam a essa questão, 5 familiares recebiam até

1000 euros/mês, 9 familiares recebiam de 1 000 até 2 000 euros e 4 familiares recebiam mais de 2000 euros/mês (Quadro n.º4).

Pela leitura do Quadro n.º4, que também reproduz a **actividade profissional** dos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados, verifica-se que pouco mais de metade dos cuidadores ou gestores dos cuidados aos idosos dependentes ainda acumulavam uma actividade profissional (N=13). As principais razões da inactividade profissional dos restantes eram relacionadas com a reforma (N=8), para tomar conta do idoso dependente (N=3). Nota-se que os cuidadores ou gestores dos cuidados aos idosos dependentes, que acumulavam uma actividade profissional, a maioria fazia **horário** integral de 40 ou mais horas semanais (N=9).

Quadro n.º 4 - Caracterização socioeconómica dos familiares cuidadores ou gestores de cuidados segundo o sexo

		Sexo		Total N=25
		Feminino N=19	Masculino N=6	
Rendimento Mensal	Não responde	4	3	7
	≤ 1000 €	5	0	5
	> 1000 até 2000 €	8	1	9
	> 2000 €	2	2	4
Escolaridade	Até 3 anos	1	0	1
	De 4 a 6 anos	3	0	3
	De 7 a 9 anos	1	0	1
	De 10 a 12 anos	5	3	8
	Superior a 12 anos	9	3	12
Activo profissionalmente	Não	10	2	12
	Sim	9	4	13
Razão de Inactividade	Dona de casa	1	0	1
	Para tomar conta do idoso	3	0	3
	Reformado	6	2	8
	<b>Total dos inactivos</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
N.º Horas de trabalho semanal dos activos	30 Horas/semana	1	0	1
	35 Horas/semana	3	0	3
	40 Horas/semana	4	4	8
	45 Horas/semana	1	0	1
	<b>Total dos activos</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>13</b>

## 3.1.2 - Caracterização da saúde dos familiares cuidadores/gestores de cuidados

Em relação aos **problemas de saúde** mencionados pelos familiares cuidadores, em resposta a uma questão aberta, podemos verificar, no Quadro n.º 5, que 12 cuidadores ou gestores dos cuidados não referiram problemas. Os principais problemas de saúde referidos são de natureza respiratória e músculo-esquelética. Quem manifesta o maior número de problemas de saúde é o sexo feminino.

Quadro n.º 5- Distribuição por problemas de saúde dos familiares cuidadores /gestores dos cuidados, segundo a International Classification of Primary Care-2, (ICPC-2).

Problemas de saúde	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Ap digestivo	3	0	3
Ouvindo	1	0	1
Ap. circulatório	4	0	4
Sist. Músculo-esquelético	5	1	6
Psicológicos	2	0	2
Ap respiratório	5	1	6
Pele	0	1	1
Endócrino- metabólico	2	0	2
Ap. urinário	0	1	1
Não tem problemas de saúde	8	4	12
Total de queixas	30	8	38

Acerca da questão sobre **autoavaliação do estado de saúde** dos cuidadores, podemos concluir pela análise do Quadro n.º6, que a maioria definiu a sua saúde como boa (N=15), ou seja, favorável. Não houve nenhum caso que considerasse a sua saúde como má.

A associação do tempo de cuidados com a sensação de agravamento da saúde do familiar cuidador ou gestor de cuidados revelou ser idêntica, entre os que consideraram ter tido e os que consideraram não ter tido agravamento da sua saúde.

O tempo de prestação ou gestão de cuidados era, inferior a um ano em apenas 1 indivíduo, entre um e cinco anos em 12 indivíduos, ou seja, quase metade, de seis a dez anos em 9 indivíduos, mais de onze anos em 3 indivíduos. A média é de 5,5 anos de prestação ou supervisão de cuidados ao idoso dependente, com um mínimo de 3 meses e um máximo de 15 anos (Quadro n.º6).

Quadro n.º6 -Caracterização da saúde dos familiares cuidadores/gestores de cuidados segundo o sexo

		Sexo		Total N=25
		Feminino N=19	Masculino N=6	
Autoavaliação de saúde	Má	0	0	0
	Fraca	7	0	7
	Boa	10	5	15
	Muito boa	2	1	3
O cuidar agravou a saúde	Não	7	6	13
	Sim	12	0	12
Há quanto tempo cuida	Inferior a 1 ano	0	1	1
	1 a 5 anos	9	3	12
	6 a 10 anos	8	1	9
	Superior a 11 anos	2	1	3

### 3.2- IDOSOS DEPENDENTES

#### 3.2.1 -Caracterização sociodemográfica dos idosos

Em termos de distribuição por classe de **idades**, podemos concluir através do Quadro n.º 7 que, a maioria dos idosos dependentes possui mais de 74 anos (N=21). Apenas 4 idosos dependentes têm entre 65 a 74 anos. A média das idades dos idosos é de 82,36 anos, sendo a idade mínima de 67 anos e a máxima de 96 anos, sendo o desvio padrão de 7,84 anos.

A partir do mesmo quadro, constata-se que, a maioria dos idosos dependentes são do **sexo** feminino (N=17), do sexo masculino são apenas 8 idosos.

**Estado civil**, a maioria dos idosos eram viúvos (N=15), seguindo-se os casados (N=9) e 1 divorciado. Verifica-se que os idosos dependentes do sexo feminino são maioritariamente viúvas (n=11), enquanto o grupo dos idosos do sexo masculino é mais homogêneo relativamente ao estado civil: 3 são casados, 4 são viúvos e 1 divorciado (Quadro n.º7).

**Filhos**, Grande parte dos idosos dependentes tem 1 filho (N=13), seguindo-se os que têm 2 filhos (N=7).

**Com quem vive**, constata-se que a maioria dos idosos dependentes vive acompanhada com os cônjuges (N=8) ou com os filhos (N=12). Relativamente ao sexo, os idosos do sexo feminino vivem maioritariamente com os filhos ou cônjuges (N=13), enquanto do sexo masculino, metade vivem com cônjuge ou filhos e 2 vivem sozinhos (Quadro n.º7).

**Tempo em que estão sós**, há 3 idosos que estão 8 ou mais horas sós, e 22 idosos estão sós menos de 8 horas.

Grande parte destes idosos têm entre 4 a 6 anos de escolaridade (N=11), seguindo-se os que têm mais de 12 anos de escolaridade (N=6), há 3 idosos que têm até 3 anos de escolaridade (Quadro n.º7).

Quadro n.º 7 - Caracterização sociodemográfica dos idosos segundo o sexo

		Sexo		Total N=25
		Feminino N=17	Masculino N=8	
Idade	De 65 a 74 anos	2	2	4
	Superior a 74 anos	15	6	21
Estado Civil	Casado	6	3	9
	Divorciado	0	1	1
	Viúvo	11	4	15
N.º de Filhos	Não tem filhos	1	0	1
	1 Filho	10	3	13
	2 Filhos	4	3	7
	3 Filhos	0	1	1
	4 Filhos ou mais	2	1	3
Com quem vive	Só	0	2	2
	Filhos	8	2	10
	Cônjuge	3	2	5
	Cônjuge; Filho	2	0	2
	Cônjuge; Instituição	0	1	1
	Instituição	3	1	4
	Outros	1	0	1
Tempo em que está só	<A 8 horas	15	7	22
	≥ A 8 horas	2	1	3
Escolaridade	Até 3 anos	3	0	3
	De 4 a 6 anos	7	4	11
	De 7 a 9 anos	3	1	4
	De 10 a 12 anos	0	1	1
	Superior a 12 anos	4	2	6



Analisando o quadro n.º8, **Caracterização económico-social**, 13 idosos pertenciam ao grupo dos funcionários públicos, privados, costureira ou motorista; 6 idosos pertenciam ao grupo dos quadros de licenciados ou directores; 3 idosos pertenciam ao grupo dos rurais, agricultores, pedreiros ou domésticas, 2 idosos pertenciam ao grupo dos empresários, comerciantes ou agentes de seguros, e 1 idoso pertencia ao grupo dos encarregados ou administrativos.

Verifica-se que 12 idosos têm um **valor de reforma** até 1 000 euros, 5 idosos têm um valor de reforma superior a 1 000 até 2 000 euros, 2 idosos recebem mais de 2 000 euros, 6 idosos não responderam.

Há 5 idosos que têm **pensão de reforma**; 2 idosos usufruem de pensão de sobrevivência; 1 idoso usufrui de pensão de viuvez; 3 idosos de complemento de dependência; 3 idosos têm o subsistema da Portugal Telecom e dos Serviços Sociais da CGD; 4 idosos têm seguros de saúde privados; 12 familiares dos Idosos responderam não ter apoio económico/financeiro.

Quadro nº8-Characterização económico-social dos idosos segundo o sexo

		Sexo		Total N=25
		Feminino N=17	Masculino N=8	
Grupo profissional	Rural; Agricultor; Pedreiro; Doméstica.	3	0	3
	Funcionário público; Funcionário de empresas;	10	3	13
	Encarregados; Administrativos.	0	1	1
	Empresários; Comerciantes; Agentes de seguros.	0	2	2
	Licenciados; Directores	4	2	6
Pensão de Reforma	Não responde	4	2	6
	≤ 1000 €	9	3	12
	> 1000 até 2000 €	3	2	5
	> 2000 €	1	1	2
Usufrui de apoio	Não	8	4	12
	<b>Sim</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>13</b>
Tipo de apoios	Pensão de reforma	2	0	2
	Pensão de sobrevivência	1	0	1
	Pensão de reforma; Complemento por dependência	1	1	2
	Pensão de sobrevivência; Complemento por	1	0	1
	Pensão de reforma; pensão de viuvez; seguro de	1	0	1
	Seguro de saúde	2	1	3
	Portugal Telecom	1	1	2
	Serviços sociais da CGD	0	1	1
	<b>Não tem apoios</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

## 3.2.2 - Caracterização da saúde dos Idosos Dependentes

Através do quadro n.º 9, **problemas de saúde dos idosos**, verifica-se que são em maior número, os do aparelho circulatório, seguindo-se os problemas músculo-esqueléticos, sucedendo-se os problemas psicológicos, demenciais e endócrinos/ metabólicos.

Quadro nº 9- Distribuição por problemas de saúde do idoso, adaptado da International Classification of Primary Care-2, (ICPC-2, 2011).

	Total
Problemas de Saúde	
Oncológicos	4
Hematológicos	3
Ap Digestivo	5
Visuais	2
Ap. circulatório	14
Sist. Músculo-esquelético	9
Psicológicos /Demenciais	6
Ap Respiratório	4
Endócrino - metabólico	6
Ap. Urinário	5
Total de Problemas	58

Segundo o quadro n.º10, os principais **problemas que promoveram a dependência**, referenciados pelos familiares dos idosos dependentes foram a nível do aparelho circulatório (N=8); psicológicos/ demenciais (N=6), e com alterações do sistema músculo-esquelético (N=4); por quedas ou por fracturas (N=3); outros motivos (N=1).

Quadro nº10- Distribuição por problemas que levaram à Dependência

	total
Problemas de saúde	
Ap. Circulatório	8
Psicológicos /Demenciais	6
Sist. Músculo-esquelético	4
Fracturas	3
Quedas	3
Visuais	2
Oncológicos	2
Outros motivos (Ap Digestivo; Hematológicos; Ap.Respiratório; Endócrino-metabólico;Ap.Urinário)	1
Total de problemas	29

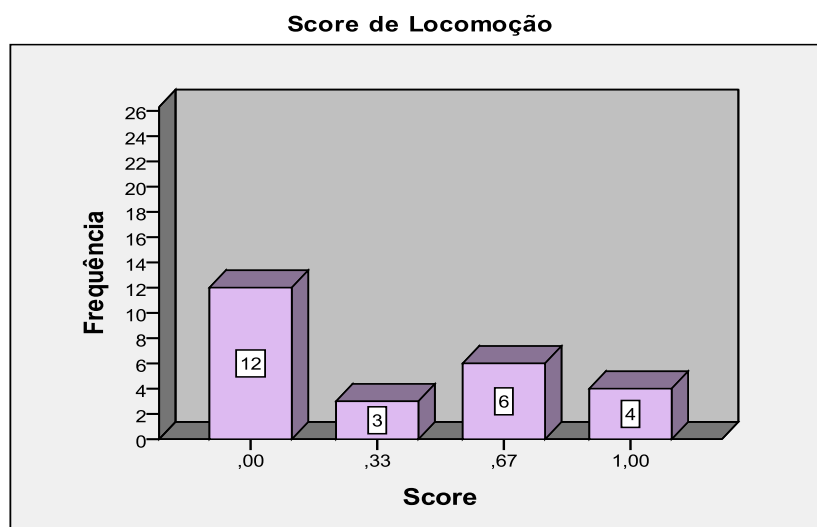
Segundo o quadro nº 11, **Quedas**, conclui-se que 11 idosos tiveram a classificação de Bom a nível das quedas, pois não tiveram quedas no último ano, e se tiveram quedas foi há mais de um ano e não ficaram com alterações da mobilidade. 14 Idosos foram classificados com Mau a nível da quedas, encontram-se numa posição insatisfatória em relação às quedas, já que tiveram várias quedas no último ano, há relativamente pouco tempo e ficaram com alteração da mobilidade e com sequelas.

Quadro n.º 11 – Classificação das quedas do idoso no último ano

		Frequência
Classificação	Bom	11
	Mau	14
Total		25

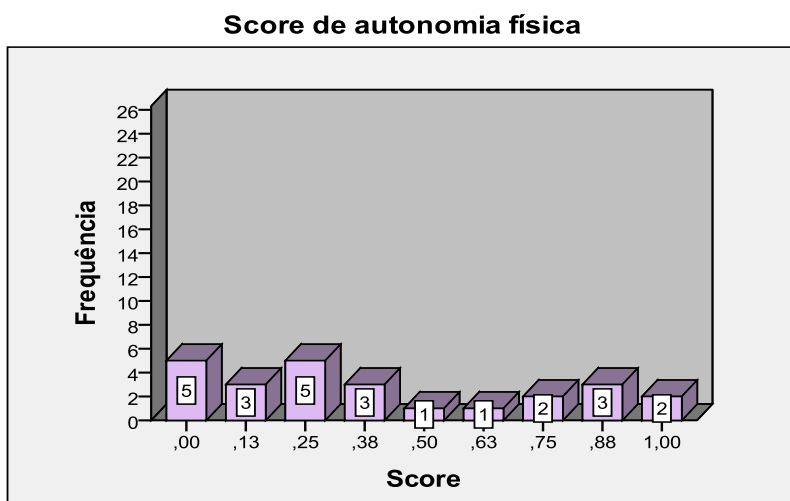
Inerente à **locomoção** está a capacidade do idoso se deslocar em casa, na rua e em escadas, analisando a figura n.º1. Verifica-se que 12 idosos tinham um score de 0,00, ou seja quase metade dos idosos avaliados eram totalmente dependentes; 3 idosos apresentavam um score de 0,33, 6 idosos apresentavam um score de 0,67, 4 idosos apresentavam um score de 1,00, ou seja independentes nesta actividade. Temos assim uma média com um score de **0,36**, um máximo de 1,00, e um score mínimo de 0,00. Desvio padrão de 0.39.

(Figura n.º1)



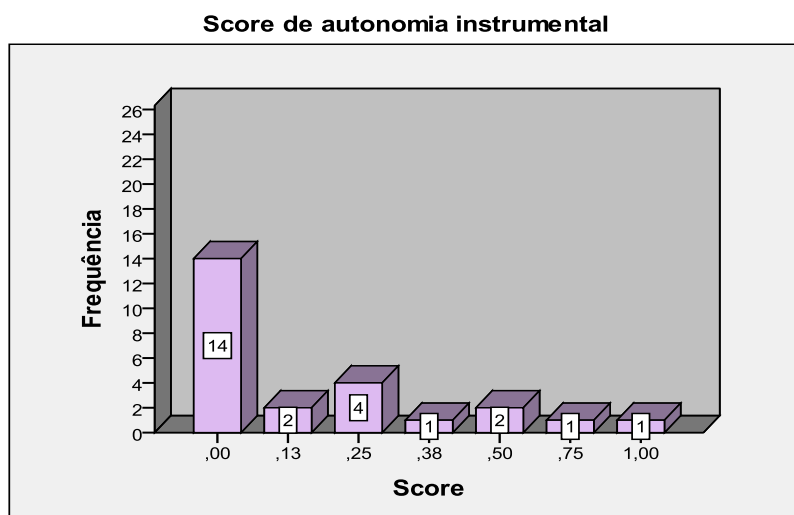
Em relação à **autonomia física** dos idosos, observa-se a partir da figura nº 2, que 5 idosos apresentavam um score de 0,00 ou seja totalmente dependentes, 12 idosos apresentam um score superior a 0,00 e inferior ou igual a 0,50; 6 idosos apresentavam um score superior a 0,50 e inferior a 1,00; 2 idosos apresentam um score de 1,00 (independentes neste domínio). A média da autonomia física dos idosos é um score de **0,40**, com um máximo de 1,00 e um mínimo de 0,00. Desvio padrão de 0,34.

(Figura n.º2)



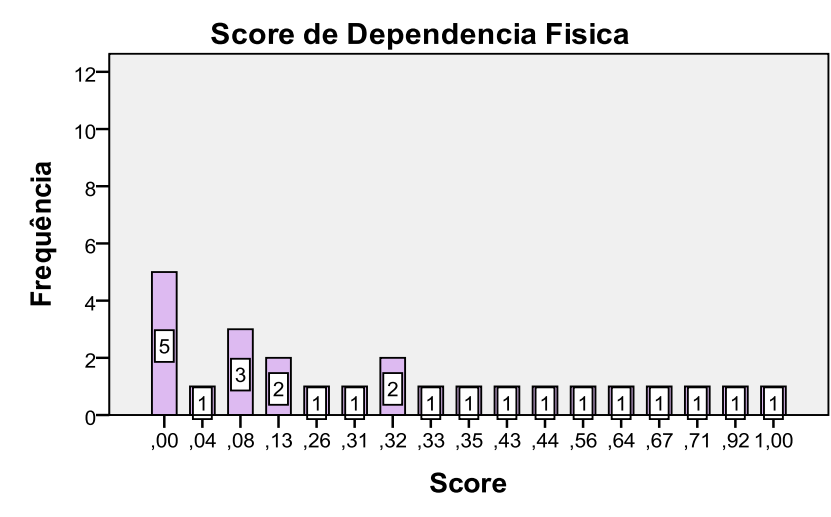
Relativamente à **autonomia instrumental**, a figura n.º3, indica-nos que, 14 idosos ou seja mais de metade, apresentam um score de 0,00, são totalmente dependentes em todas as actividades relacionadas com a autonomia instrumental; 9 idosos apresentavam um score entre a 0,13 e 0,50, apenas 1 idoso apresentava um score de 1,00, ou seja é totalmente dependente em todas as actividades relacionadas com a autonomia instrumental. O score da autonomia instrumental apresenta uma média de **0,18**, um máximo de 1,00 e um mínimo de 0,00, desvio padrão de 0,26.

(Figura n.º3)



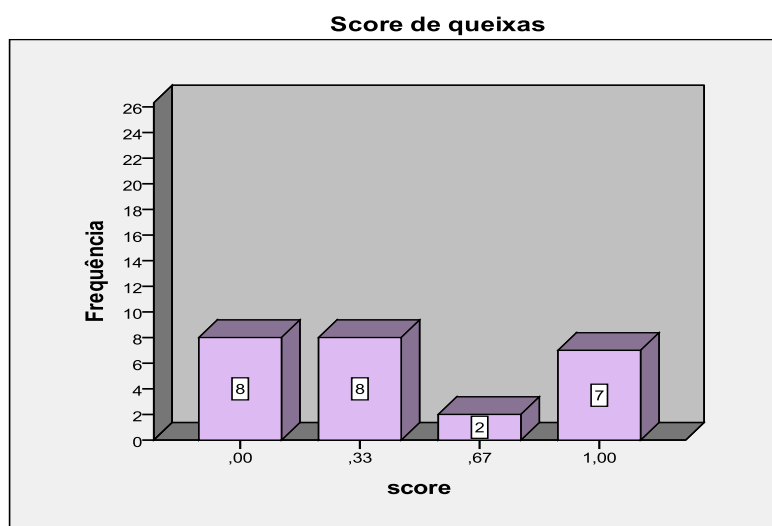
No tocante ao **score de dependência física** dos idosos, a qual depende da locomoção, da autonomia física e instrumental, observa-se a partir da figura n.º4 que 5 idosos apresentam um score de 0,00, 14 idosos apresentam um score superior a 0,00 e inferior a 0,50, 5 idosos tinham um score de dependência física superior a 0,50 e inferior a 1,00, um idoso apresentava um score de 1,0. A média do score de dependência física é de **0,31**, com o valor máximo de 1,00 e o valor mínimo de 0,00. Desvio padrão de 0,29.

(Figura n.º4)



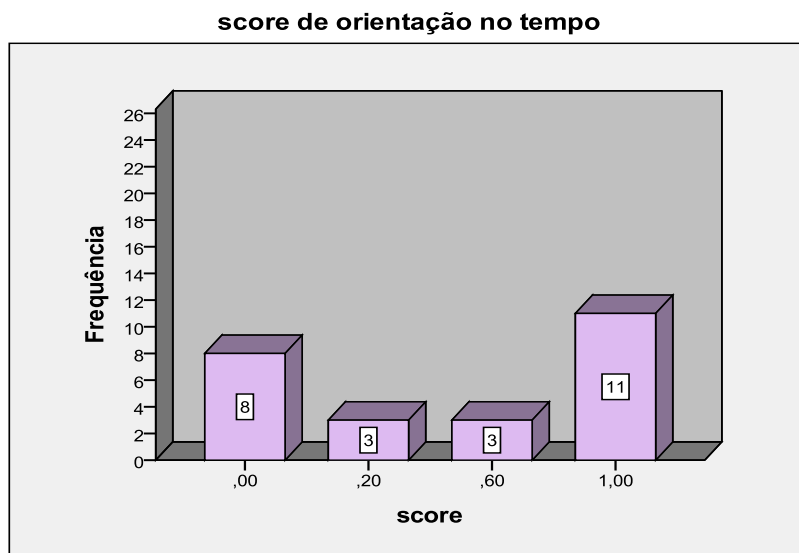
Em relação às **queixas emocionais** dos idosos, podemos analisar na figura n.º5, que 16 idosos apresentavam um score inferior a 0,40, o que corresponde a uma classificação insatisfatória ou má, 7 idosos apresentam um score de 1,00, tendo uma boa classificação a nível de queixas, pois nunca se sentiam deprimido/tristes ou ansioso/nervoso e não apresentavam outras queixas emocionais. A nível de score de queixas emocionais apresentavam uma média de **0,44**, com um máximo de 1,00 e um mínimo de 0,00 e um desvio padrão de 0,40.

(Figura n.º5)



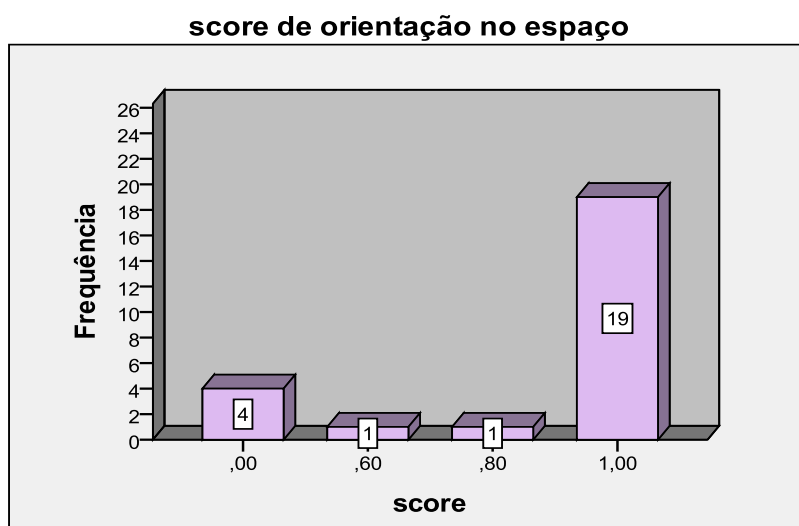
No respeitante ao score da avaliação da **orientação temporal** dos idosos, verifica-se que 11 idosos apresentavam-se orientados no tempo, com um score de 1,0, embora 11 idosos também apresentassem um score inferior a 0,4, com uma má orientação temporal. A média é de 0,54, máximo de 1,0 e mínimo de 0,0, desvio padrão de 0,45 (Figura n.º6).

(Figura n.º6)



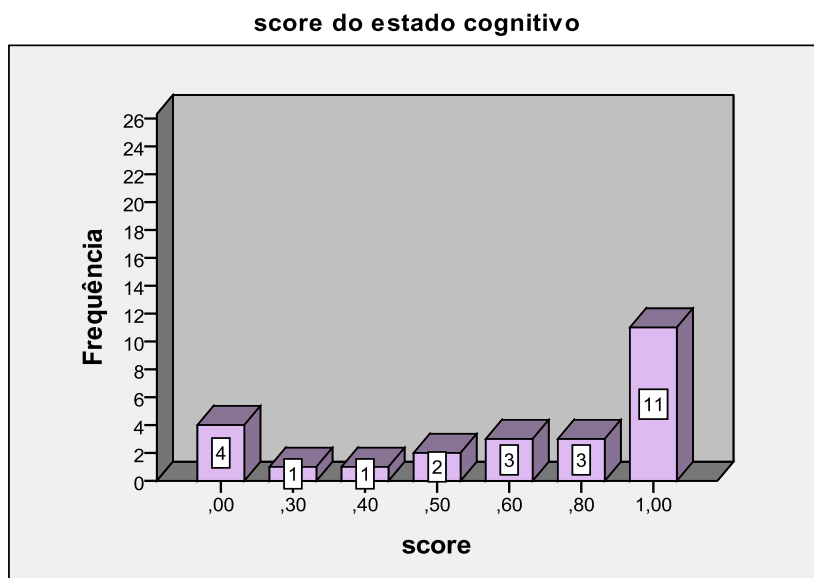
Observa-se na figura n.º7, que 19 idosos apresentavam uma boa classificação a nível da **orientação espacial**, com um score de 1,00, ou seja estavam orientados, somente 4 idosos apresentavam um score de 0,00. A média do score de orientação no espaço é de **0,82**. Máximo de 1,0, mínimo de 0,0. Desvio padrão de 0,37.

(Figura n.º7)



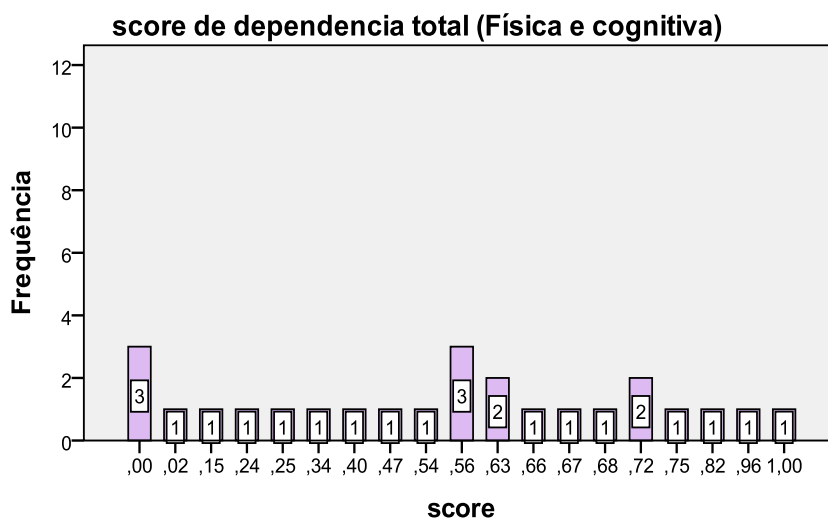
Na figura n.º8, observa-se o **score do estado cognitivo**, ou seja, de predomínio cognitivo dos idosos, que compreende a orientação no espaço e no tempo. Assim, 11 idosos apresentavam um bom estado cognitivo, com um score de 1,00, 10 idosos apresentavam um score entre 0,30 e 0,80 e 4 idosos apresentavam um score de 0,00. A média do score é de **0,68**. Máximo 1,0 e mínimo 0,0. Desvio padrão de 0,37.

(Figura n.º8)



O **score de dependência total**, é o resultado da avaliação do score de dependência física e dependência cognitiva. Assim, segundo a figura n.º10, verifica-se que havia 3 idosos com um score de 0,0; 7 idosos com score superior a 0,00 e inferior a 0,50; 14 idosos apresentavam um score compreendido entre 0,50 e inferior a 1,00; 1 idoso com um score de 1,0. A média do score de dependência total é de 0,49. Máximo de 1,0 e mínimo de 0,0, desvio padrão de 0,29.

(Figura n.º9)



### 3.3 - CARACTERIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DOS FAMILIARES CUIDADORES E/OU GESTORES DE CUIDADOS

Através da análise do Quadro n.º12 verifica-se que os **motivos dos cuidadores ou gestores cuidarem** do idoso eram essencialmente normativos, ou seja, por obrigação e por dever (N=15) e afectivos, ou seja, por amor, carinho e ternura (N=11). Teve alguma expressão a proximidade física (N=5).

Quadro n.º 12- distribuição por “Motivos dos cuidadores para cuidarem, gerir ou supervisionar os cuidados ao seu idoso dependente”

<b>Motivos para cuidar ou supervisionar</b>	<b>Frequência</b>
Normativo	8
Afectivo; Normativo	7
Proximidade Física	5
Afectivo	2
Afectivo; Soluções institucionais remuneradas	2
Soluções institucionais remuneradas	1
Total	25

Da análise do Quadro n.º13, conclui-se que os **tipos de cuidados prestados** eram afectivos (N=23), de auxílio físico (N=18), de auxílio instrumental (n=17) e vigilância (n=1).

O sexo feminino distribui-se de forma mais ou menos uniforme em todo o tipo de cuidados a prestar. No entanto a maioria das mulheres presta todos os cuidados (N=10), afectivos, físicos e instrumentais; seguindo-se as que só dão apoio afectivo (N=3). Os homens também prestam cuidados a nível afectivo, físico e instrumental (N=3), só afectivos e instrumentais (N=2). Os homens prestam menos cuidados físicos (N=3) do que as mulheres (N=15), mas os homens todos prestam cuidados afectivos (N=6).

Quadro n.º13 – Distribuição por “tipo de tarefas, apoio ou cuidados” e por sexo dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados.

<b>Tipo de cuidados</b>	<b>Sexo</b>		<b>Frequência</b>
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	
Afectivos; Físicos; Instrumentais	10	3	13
Afectivos	3	1	4
Afectivos; Instrumentais	1	2	3
Afectivos; Físicos	2	0	2
Físicos	1	0	1
Físicos; Instrumentais	1	0	1
Afectivos; Físicos; Vigilância constante	1	0	1
Total	19	6	25



Pela leitura do Quadro n.º14, conclui-se que a maioria dos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados tem **ajuda de terceiros** (21 inquiridos).

Dos familiares cuidadores ou gestores que têm ajuda de terceiros, a maioria refere que presta quase todo o tipo de cuidados (N=13), seguindo-se os que prestam só cuidados afectivos (N=4).

Dos familiares que não têm ajuda (N=4), metade presta quase todo o tipo de cuidados afectivos, físicos e instrumentais (N=2), metade presta cuidados afectivos e físicos (N=2), destes 1 cuidador ainda presta vigilância constante.

Quadro n.º14 – Distribuição por “tipo de tarefas, apoio ou cuidados” e “ajuda de terceiros ou de uma instituição” dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados

Tipo de cuidados	Ajuda de terceiros		Frequência
	Não	Sim	
Afectivos	0	4	4
Físicos	0	1	1
Afectivos; Físicos;	1	1	2
Afectivos; Instrumentais	0	1	1
Físicos; Instrumentais	0	1	1
Afectivos; Físicos; Vigilância constante	1	0	1
Afectivos; Físicos; Instrumentais	2	13	15
Total	4	21	25

Quanto ao **tipo de apoio** a que os familiares cuidadores ou gestores dos cuidados aos idosos dependentes recorreram, pode constatar-se que foi a empregada doméstica (N=9), ao apoio domiciliário privado (6 inquiridos), à instituição (N=5), recorreram a outros familiares (N=4). Porém, há familiares cuidadores que não recorreram a outros apoios, sendo o próprio familiar que cuidava do idoso dependente (N=4) (Quadro n.º 15).

Quadro n.º15 – Distribuição por tipo de apoio: “ajuda de terceiros ou de uma instituição” dos familiares cuidadores /gestores dos cuidados

Tipo de apoio	Frequência
Instituição	5
Empregada doméstica	5
Outros familiares	4
Só o familiar cuidador	4
Apoio domiciliário privado	3
Empregada doméstica + Apoio domiciliário privado	3
Empregada doméstica + Apoio domiciliário público	1
Total	25

Deparamo-nos com diversas **razões para a institucionalização** dos idosos dependentes (Quadro n.º16). Apenas 5 familiares cuidadores recorreram à institucionalização dos seus idosos, invocando os seguintes motivos: agravamento do estado geral do idoso; o casal de idosos dependentes e um deles com demência; distância geográfica impossibilitando assegurar os cuidados diários; emprego; cansaço físico.

Quadro n.º16 – Distribuição por “motivo da institucionalização dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados”

<b>Motivos da institucionalização</b>	<b>Frequência</b>
Agravamento do estado geral do idoso	1
Casal de idosos dependentes, um deles com demência.	1
Distância geográfica	1
Emprego	1
Cansaço físico	1
Total	5

Quanto à existência e natureza de **alterações na dinâmica da vida familiar** do cuidador, através da análise do Quadro nº17, conclui-se que o cuidar do idoso dependente provocou alterações, tais como: nas rotinas familiares (N=10); no tempo livre e lazer (N=9); nas relações familiares (N=6); na vida social (N=4); na actividade profissional (N=3); a sensação de sobrecarga (N=2); socioeconómicas, no seu espaço físico (N=1). 5 familiares referiram que os cuidados ou a gestão dos cuidados ao idoso dependente não influenciaram na dinâmica familiar.

Quadro n.º 17 – Distribuição por “aspectos da alteração da dinâmica familiar” dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados

<b>Alteração da dinâmica familiar</b>	<b>Frequência</b>
Não houve alterações	5
Rotinas familiares	10
Tempo livre e lazer	9
A nível das relações familiares	6
Vida social	4
Actividade profissional	3
Sobrecarga	2
Socioeconómicas	1
Espaço físico	1
Total	41

As principais **dificuldades e/ou necessidades sentidas** pelos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados são essencialmente: a gestão do tempo (N=10); saúde do cuidador (N=9); tarefas físicas (N=6); ajudas técnicas (N=5); informação e formação (N=4); conciliação do emprego com o tempo de cuidar (N=2); Três dos inquiridos assinalaram não ter dificuldades (Quadro n.º18).

Quadro n.º18 – Distribuição por “dificuldades e/ou necessidades nas tarefas de cuidar ou gerir os cuidados” dos familiares cuidadores / gestores dos cuidados

<b>Dificuldades manifestadas em relação ao cuidar ou sua gestão</b>	<b>Frequênc</b>
Gestão do tempo	10
Saúde do cuidador	9
Tarefas físicas	6
Ajudas técnicas	5
Informação e formação	4
Apoio ao domicílio	3
Apoio financeiro	2
Apoio emocional	2
Conciliação do emprego com o tempo de cuidar	2
Outros (condições habitacionais, distância geográfica, personalidade do idoso)	6
Não tem dificuldades	3
Total	52

De acordo com os dados do Quadro n.º19, **Estratégias para ultrapassar as dificuldades**, podemos verificar que no conjunto das respostas, ultrapassaram as dificuldades invocando ter recorrido a: Empregada doméstica (N=9); Apoio informal (N=8); Apoio domiciliário (N=7); institucionalização (N=5); melhor gestão do tempo (N=5) e ao amor (N=4).

Quadro n.º 19 - Distribuição por “como ultrapassou as dificuldades” - dos familiares cuidadores/ gestores dos cuidados

<b>Estratégias para ultrapassar as dificuldades</b>	<b>Frequência</b>
Empregada doméstica	9
Apoio informal (familiares ou amigos)	8
Apoio domiciliário	7
Institucionalização	5
Gerir melhor o tempo	5
Amor	4
Procurar informação	2
Sacrifício económico	2
Outros (Persistência, Paciência, Carinho; Força; Com o tempo; Calma; Serviços de saúde)	9
Total	50

#### **4 – DISCUSSÃO**

Com este estudo realizei uma investigação sobre os familiares cuidadores ou gestores de cuidados a idosos dependentes, tendo analisado algumas características dos respectivos idosos dependentes. Para o efeito foi constituída uma amostra de 25 inquiridos.

Foi possível, chegar à conclusão que a família é a principal fonte de ajuda e apoio, tanto nas actividades de vida diária, nas actividades instrumentais, como no apoio afectivo, e recolher informações relevantes sobre a dinâmica familiar dos cuidadores ou gestores de cuidados dos idosos dependentes, quais as dificuldades por eles sentidas e as estratégias desenvolvidas.

A relação familiar prévia, os laços familiares, a solidariedade familiar, o tipo e grau de dependência do idoso podem influenciar a escolha do familiar cuidador, as dificuldades dos familiares, o tipo de estratégias desenvolvido e as suas escolhas. Muitos autores debruçam-se sobre esta temática, como, Lage (2005), Gil (2010), Figueiredo (2006), Fernandes (1997), entre outros.

Considereei importante investigar sobre os cuidadores ou gestores de cuidados, tendo em conta características dos seus familiares idosos dependentes, para perceber a dinâmica familiar, o tipo de família, a envolvimento familiar, identificar dificuldades e estratégias, perceber aspectos culturais, socioeconómicos, e relacionais, e identificar o tipo e índice de dependência dos idosos a cargo.

Efectivamente as diferentes necessidades dos idosos exigem diferentes soluções de prestação de cuidados, e ter a responsabilidade de prestar cuidados a um idoso com elevado índice de dependência é diferente do que ter a responsabilidade de prestar cuidados a um idoso com baixo índice de dependência, vários autores se debruçaram sobre esta temática, como por exemplo, José e Wall, (2006), Ribeiro (2005), Lage (2005).

Em relação à amostra estudada, tratou-se de uma amostra de conveniência, em que a selecção de indivíduos foi aleatória. Considero ser este o melhor processo de selecção da amostra dado que é um estudo transversal, e, portanto, limitado no tempo.

Estudou-se uma população de 25 indivíduos durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2011, no serviço de medicina e cirurgia do Hospital CUF Descobertas. Tive em atenção, o tipo de questionário misto, extenso, com muitas questões abertas, dividido em duas partes.

A pequena dimensão da amostra, tendo em conta o tempo para a realização deste estudo, de apenas um ano, deveu-se ao tempo de recolha de dados por um período de três meses, concomitantemente, com a conciliação dos tempos da vida pessoal e profissional.

No que concerne à metodologia utilizada, considero que se ajustou ao tipo e objetivos do estudo. Permitiu fazer a descrição das características socioeconómicas e funcionais dos cuidadores ou gestores dos cuidados, bem como as características funcionais, mentais e sociais dos idosos dependentes a seu cargo, e possibilitou descobrir as dificuldades e estratégias desenvolvidas pelos cuidadores.

**Na caracterização sociodemográfica dos cuidadores ou gestores de cuidados,** inquiridos, em relação ao sexo é possível verificar que a maioria é do sexo feminino, casados, filhos dos idosos, com idades compreendidas entre os 50 e 69 anos e que coabitam com o idoso. Os cuidadores do sexo masculino eram apenas 1/5 da amostra, casados, filhos dos idosos, com idades compreendidas entre os 40 a 59 anos, porém só dois filhos é que coabitavam com o idoso dependente.

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos. José e Wall, (2006:123) baseados no seu estudo, referem que, a maioria dos cuidadores a idosos dependentes são mulheres, casadas, filhas do idoso dependente, e com idades superiores a 40 anos.

Também Lesemann e Martin (1995) referem que são as mulheres quem mais assume este papel. A tradição cultural portuguesa imputa às famílias, principalmente aos membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos idosos e com laços mais chegados. Porém constata-se que os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados principalmente os cônjuges. A média de idades dos cuidadores varia entre 45 e 60 anos Figueiredo (2006) e Ribeiro (2005). Segundo dados do Eurostat (2003) citado por Gil (2008), quem presta mais apoio a adultos deficientes e a idosos são pessoas com idade compreendida entre os 50 e os 59 anos, e mulheres duas vezes mais do que os homens.

Segundo Lesemann e Martin (1995) as mulheres assumem o papel do apoio mais importante e mais intensamente, enquanto só 10% a 20% dos homens assumem este papel, principalmente solteiros ou quando não existe raparigas na “fratria”. O que vai ao encontro do resultado deste estudo, os filhos homens que cuidavam ou geriam os cuidados dos seus idosos não tinham irmãos para repartirem este papel.

Mais de metade dos cuidadores deste estudo **coabitavam** com os idosos dependentes, que eram maioritariamente viúvos, e quase metade apresentava um score de dependência física inferior a 0,20, sendo de 0,49 a média do score de dependência total (física/cognitiva), numa gama de valores compreendida entre 0,0 e 1,0, significa que os idosos deste estudo apresentavam um índice de dependência física severa e um índice de dependência total moderada. Foi já evidenciado por outros autores que a coabitação facilita a prestação dos cuidados aos idosos dependentes (Figueiredo, 2006, José e Wall, 2006, Martín, 2005). Segundo Gil (2008) a coabitação é uma estratégia de conciliação para cuidar do idoso, quando este é viúvo, ou quando não tem condições de viver só, ou porque já coabitavam

antes da dependência do idoso. A coabitação é mais evidente quando se trata de cônjuges e é mais frequente entre os descendentes quando o idoso apresenta um elevado índice de dependência (Figueiredo, 2006). Também Fernandes (1997) diz que muitos avós, especialmente as avós viúvas, coabitam regularmente ou temporariamente com os seus filhos e netos.

Quanto ao grau de parentesco entre o familiar cuidador ou gestor de cuidados e o idoso dependente, torna-se evidente neste estudo de que são os **filhos** quem mais assumem essa responsabilidade, seguindo-se os cônjuges. É importante salientar que a maioria dos idosos dependentes eram viúvos. O que corrobora com outros estudos realizados e descritos por, Figueiredo (2006), José e Wall (2006), Lesemann e Martin (1995), Martin (2005), Montezuma (2008), que referem que a esposa é normalmente a primeira das escolhas e, na falta desta, será uma filha. Está aqui subjacente a ideia de que a família é culturalmente considerada como o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados (Figueiredo, 2006).

No que respeita ao **número de irmãos**, pouco mais de metade dos cuidadores ou gestores de cuidados eram **filhos únicos**, seguindo-se os que tinham um irmão. É visível nesta amostra, a diminuta dimensão do agregado familiar, ou seja o número reduzido de pessoas que faz parte do seio familiar. É uma das grandes alterações ocorridas em Portugal nas últimas décadas, a configuração e estrutura familiar. Almeida *et.al.* (1998), comparando os dados sobre os tipos de agregados domésticos entre os anos 60 e os anos 90, Ressalta que existe uma queda acentuada das famílias numerosas com mais de cinco pessoas, descida acentuada mas não brutal da dimensão média do agregado doméstico, ligeira subida da proporção das "pessoas sós" e dos "casais sem filhos", predomínio tanto no passado como no presente das famílias simples (casais sem e com filhos, núcleos de mãe/pai com filhos), descida muito pequena das famílias complexas (famílias simples alargadas por outras pessoas ou varias famílias simples).

Relativamente ao **número de filhos dos cuidadores**, repartiam-se de modo semelhante em cerca de quase ¼ quem não tinha filhos, com um ou dois filhos. Verificando-se a baixa fecundidade e a diminuição média da família, tema já abordado em muitos estudos, como Aboim (2003) refere que *[...] os agregados domésticos são cada vez mais pequenos, em 1991 era de 3,1 indivíduos, em 2001 a dimensão média da família era apenas de 2,8 indivíduos, [...] verifica-se um decréscimo do número de elementos nas famílias.*

Quanto à **classe social** dos cuidadores, no que diz respeito à **escolaridade**, a grande maioria tem dez ou mais anos de escolaridade e, destes, quase metade tem mais de doze anos de escolaridade. Relativamente aos **rendimentos**, metade da população tem um

rendimento mensal superior a 1 000 euros, e destes quase metade tem um rendimento superior a 2 000 euros. Porém, quase 1/3 da população inquirida não respondeu à questão do rendimento aferido. Pode afirmar-se que estamos perante uma população com um nível socioeconómico favorável.

Os cuidadores activos que, para além de cuidarem do idoso, ainda desempenham uma **profissão**, representam mais de metade desta população. Apenas um indivíduo tem redução de horário semanal, 2/3 desta população tem horário de 40 horas semanais.

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, como por exemplo realizados na América do Norte e Canadá, citados *in* Figueiredo (2006), 64% dos cuidadores Norte-americanos têm uma ocupação remunerada, dos quais 52% a tempo inteiro e 12% a tempo parcial [...]. No Canadá, um estudo realizado por Chappell e Litkenhaus (1995) citado por Figueiredo (2006), demonstrou que mais de metade dos cuidadores informais (52%) possui um emprego remunerado e que entre estes 71% trabalha a tempo integral.

Tem-se assistido ao longo das últimas décadas a um crescimento da participação feminina no mercado de trabalho e maioritariamente em regime de tempo inteiro, [...] *estudos quantitativos têm revelado que o aumento da taxa de actividade feminina não imputa uma menor responsabilidade das mulheres pelas tarefas domésticas e pelos cuidados às crianças e aos idosos, assim, as mulheres acumulam vários tipos de responsabilidades [...]* (José e Wall, 2006).

A razão da inactividade laboral dos cuidadores prende-se essencialmente com o terem atingido a idade da reforma, seguindo-se, em três casos, a decisão de tomar conta do idoso dependente.

Quanto à **percepção de saúde** dos cuidadores, mediante uma autoavaliação sobre a sua saúde em geral, 72% apresenta uma classificação favorável, referindo que a sua saúde é boa e muito boa. Ninguém se referiu à sua saúde como sendo má.

Sabe-se que o rendimento é preditor da percepção de saúde [...] *a disponibilidade de recursos económicos proporciona um vasto leque de opções para lidar com eventos stressantes, melhora a percepção de saúde, pois a sobrecarga financeira é uma consequência negativa do cuidado, com repercussões na saúde física e mental dos cuidadores [...]* (Lage, 2005). Os cuidadores que têm recursos pessoais (financeiros, instrumental e emocional) sofrem menos a pressão de sobrecarga como resultado directo desses recursos (Lage, 2005). O nível do rendimento familiar influencia a escolha e a organização dos apoios, na medida em que pode ou não permitir o acesso a serviços pagos (José e Wall, 2006).

Quem manifestou maior número de **problemas de saúde** foi o sexo feminino, sendo principalmente de natureza respiratória e músculo-esquelética. Os cuidadores masculinos referiram que cuidar do idoso dependente não agravou a sua saúde, enquanto a maioria dos cuidadores femininos referiram que agravou. Provavelmente porque as mulheres continuam a ser as principais cuidadoras, com o acréscimo de exercerem uma profissão, desempenhando mais tarefas e responsabilidades do que os homens. Como refere Lage (2005:222), *[...] as mulheres continuam a desempenhar maioritariamente o papel de cuidadoras principais, suportando as consequências negativas do desempenho deste papel, o que se reflecte na avaliação negativa que fazem do seu bem-estar*. Aliás, continua a ser característico da família portuguesa a desigualdade na repartição das tarefas domésticas e dos cuidados a pessoas dependentes entre o sexo masculino e feminino (José e Wall, 2006), *[...] Todas as famílias que prestam cuidados a idosos com elevada dependência referem ter impactos negativos relativamente a saúde pessoal. [...] O impacto do cuidar a nível das rotinas diárias, das actividades sociais e de lazer, do trabalho acabam por se reflectir das mais variadas formas na saúde física e psicológica dos cuidadores* (José e Wall, 2006).

**Na caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes**, verifica-se que a grande maioria dos idosos dependentes tinha mais de 74 anos, sendo a média das idades de 82 anos, a maioria eram do sexo feminino, viúvos, cerca de metade tinham apenas um filho, e viviam com os filhos. Tal conjuntura está provavelmente associada à sobrevivência masculina e à esperança de vida feminina (Fernandes, 1999).

A pessoa que recebe cuidados é maioritariamente do sexo feminino, casada ou viúva, com filhos, e quanto ao grau de parentesco, tende a ser familiar próximo do cuidador, designadamente cônjuge, mãe/pai, sogra/sogro (Figueiredo, 2006).

**Tempo em que estão sós**, apenas 3 idosos estão 8 ou mais horas sós, a maioria dos idosos estavam sós menos de 8 horas. Isto, provavelmente deve-se a toda a conjuntura familiar, a maioria destes idosos são viúvos e vivem acompanhados, a maioria dos familiares cuidadores ou gestores de cuidados têm um nível socioeconómico favorável, recorreram a apoio de terceiros para ajudar a cuidar e são profissionalmente activos. Henriques (2006) refere que, as pessoas idosas precisam de viver num ambiente seguro, junto da família e amigos pois devido às suas características constituem um grupo vulnerável de elevado risco de isolamento e pouca saúde. Pode dizer-se que estes idosos têm um acompanhamento favorável e não estão socialmente isolados.



Nível **socioeconómico dos idosos**, quase metade da população tem um grau de **escolaridade** entre 4 e 6 anos, seguindo-se os que têm um grau de escolaridade superior a 12 anos. Pode afirmar-se que esta população apresenta um grau de escolaridade acima da média portuguesa, segundo dados do INE (2002), a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução, mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, enquadrava-se no nível 0 do ISCED (International Standard Classification of Education), seguindo-se o nível 1 detido por 37,0% dos indivíduos idosos. Também Henriques (2006) citando Branco *et al.* (2001) refere que 82,6% dos idosos em Portugal têm um nível de instrução baixo.

A maioria dos idosos pertence ao **grupo profissional** dos funcionários públicos, funcionários de empresas, costureiras e motoristas, seguindo-se os licenciados e directores. Quase metade auferia uma **pensão de reforma** inferior ou igual a 1 000 Euros, seguindo-se os que têm uma reforma superior a 1 000 até 2 000 euros, porém 6 idosos não responderam a esta questão.

Em relação aos **apoios económicos** de que os idosos dependentes usufruem, apenas três idosos referem o complemento por dependência, talvez por não terem conhecimento deste apoio ou não se lembraram de mencioná-lo. Por tal, esta questão seria de reformulá-la em estudos futuros. No estudo realizado por Ribeiro (2005) detectou-se que o complemento por dependência foi atribuído a apenas 6 pessoas dos 25 inquiridos, o que lhe deixa dúvidas quanto à razão da sua existência dado o tipo de patologia e grau de dependência evidenciado, refere como hipótese o reduzido nível de escolaridade dos cuidadores, tendo sido também já referenciado por outras autoras.

Os **problemas de saúde** destes idosos dependentes são na sua maioria relacionados com o aparelho circulatório, seguindo-se os músculo-esqueléticos e os psicológicos e demenciais. Os que levaram o idoso à dependência foram os relacionados com o aparelho circulatório e psicológico/demenciais. Estes resultados são semelhantes à realidade portuguesa. As doenças do aparelho circulatório, em especial, as cerebrovasculares continuam a ser a primeira causa de morte em Portugal. Afectam principalmente as mulheres e têm a maior expressão nas idades avançadas, ocorrendo 42% a partir dos 65 anos, assume particular relevância entre os homens a partir dos 50 anos sendo praticamente o dobro da ocorrida nas mulheres (Carrilho e Patrício, 2004). As pessoas muito idosas têm uma propensão elevada para situações incapacitantes, especialmente para estados demenciais (Quaresma, 2004). De igual modo, Figueiredo (2006) salienta que as doenças cardiovasculares, respiratórias e osteomusculares são as mais frequentes em idades avançadas. Henriques (2006) baseando-se na WHO (2005) além destas, ainda

destaca as neoplasias, diminuição da audição e visão, diabetes e as doenças osteoarticulares.

No que diz respeito a **quedas**, pouco mais de metade da população apresentam uma avaliação má, pois tiveram várias quedas no último ano, há relativamente pouco tempo e ficaram com alterações da mobilidade. Encontrando-se numa posição desfavorável, comparando com outros estudos e com a realidade portuguesa. Segundo a OMS (2010), a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos que caem pelo menos uma vez no ano é de 30% e a percentagem dos que caem pelo menos duas vezes é de 15% (Faria, 2010) [...] em Portugal, vários estudos mostram que 40 a 60% dos idosos já experimentaram pelo menos uma queda (Carvalho, 2004) citado por (Faria, 2010). [...] A incidência das quedas aumenta com o avançar da idade, 35 a 40% de quedas em pessoas com mais de 60 anos, ocorre um pico de incidência entre os 80 e os 90 anos e com maior incidência nas mulheres (Faria, 2010) citando (Wollacott, 1996). De referir que a média das idades destes idosos é de 82 anos e a maioria eram do sexo feminino. Os factores que contribuem para uma queda podem ser extrínsecos ou intrínsecos, assim como as doenças crónicas (ex. patologia cardiovascular, do aparelho locomotor, neurológica, psicológica, sistémicas) e a polimedicação, Oliveira *et al* (2008). Também nesta população de idosos, os problemas de saúde com maior destaque são a nível do aparelho circulatório, músculo-esquelético e psicológicos e demenciais.

No tocante aos scores calculados para avaliar a **dependência** nestes idosos, a nível da dependência física apresentam uma média de score de 0,31, o que significa uma dependência severa a nível das actividades relacionadas com as actividades básicas de vida diárias e instrumentais. Na locomoção apresentam uma média de 0,36 e na autonomia física apresentam uma média de 0,40, correspondendo a uma dependência moderada no respeitante às actividades básicas da vida diária. Os níveis de dependência desta população são ligeiramente mais baixos do que os encontrados por Sequeira (2007) citado in Sequeira (2010), num estudo realizado a 184 idosos dependentes, constatou que estes apresentavam uma dependência ligeira a moderada nas actividades básicas da vida diária. Mas, os níveis de dependência desta população são ligeiramente melhores do que os mencionados por Rato *et al.* (2009) num estudo desenvolvido a utentes admitidos nas unidades de internamento da rede nacional de cuidados continuados, a maioria dos idosos apresenta um quadro de incapacidade ou dependência total. Na autonomia instrumental, a mais afectada, a média do score foi de 0,18, correspondendo a uma dependência muito severa, o que corrobora com o estudo de Rato *et al* (2009), no estudo realizado por Sequeira (2007) a maioria dos idosos apresentava uma dependência severa no tocante às actividades instrumentais de vida diária. Comparando as actividades básicas de vida diária e as

actividades instrumentais de vida diária, as últimas apresentam um maior comprometimento a nível de dependência dos idosos o que se assemelha com outros estudos, nomeadamente o de Sequeira (2007) e Rato et al.(2009).

Em relação às Queixas emocionais dos idosos, a média do score é de 0.44, correspondendo a uma classificação insatisfatória, sentindo-se pelo menos metade do tempo tristes/deprimidos, nervosos/ ansiosos sendo assim uma situação desfavorável. Enquanto num estudo realizado por Rato, et al. (2009) de caracterização dos utentes admitidos em 2008 nas unidades de internamento da Rede Nacional de cuidados continuados integrados, a maioria dos utentes (58,9%) apresentava uma avaliação positiva (boa ou satisfatória) quanto a queixas emocionais, mas nas unidades de convalescença as mulheres apresentam um quadro mais negativo que os homens e com uma situação desfavorável de quase 40% na população idosa.

Em relação ao **estado cognitivo (orientação temporo – espacial)** dos idosos, a média de score era de 0,68. Quase metade apresentava um score de 1,00, somente 4 idosos apresentavam um score de 0,00. Apresentavam um nível de orientação temporo-espacial moderado, com um melhor score de **orientação espacial**, em que cerca de 80% apresentava um score de 1,00, do que de **orientação temporal**, em que cerca de 40% apresentava um score de 1,00 ou seja independentes.

As perturbações da orientação temporal e espacial são características de uma fase inicial da demência. A orientação temporal encontra-se habitualmente comprometida, começando por ter dificuldade em referir o ano/mês em que se encontra e posteriormente, a semana/dia, etc. Podem começar a surgir queixas de desorientação espacial, como dificuldade de orientação em novos contextos ambientais evoluindo de forma progressiva até incluir os contextos ambientais familiares (Sequeira, 2010).

No estudo realizado por Rato, et al. (2009) quanto ao estado cognitivo, a maioria dos utentes (54%) apresenta uma avaliação negativa, havendo mesmo 40,3% cujo estado é considerado mau, as mulheres apresentam um quadro mais negativo e tende a piorar nos utentes mais idosos.

Podemos concluir que estes idosos apresentam um estado cognitivo favorável, talvez porque têm alguns factores que contribuem para a protecção do seu estado cognitivo, pois apresentam um nível socioeconómico e de escolaridade favorável. também Sequeira (2010) refere que a maioria dos idosos apresenta uma variedade de alterações cognitivas que não têm implicações nas actividades diárias, pois existem alguns factores que contribuem para a manutenção do funcionamento face a um declínio cognitivo ligeiro, tais como factores genéticos, saúde, escolaridade, actividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo e conhecimentos especializados.[...] Estes factores permitem

a readaptação e a preservação dos conhecimentos gerais do idoso, que facilitam a resolução de problemas, a automatização de muitas tarefas, a manutenção do ambiente e rotinas familiares, amortizando o declínio cognitivo. [...] quando não há compensação com outros mecanismos ou factores, as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento, interferem na globalidade das funções do idoso.

Com o envelhecimento, verifica-se uma diminuição da plasticidade cerebral em função da diminuição do fluxo sanguíneo o que pode implicar alterações a nível das funções cognitivas, como a memória, o pensamento, a linguagem, a orientação, a personalidade, etc. podendo ser a origem de um síndrome demencial (Sequeira, 2010).

O envelhecimento psicológico depende dos factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um se organiza e vivencia o seu projecto de vida (Sequeira, 2010).

A **dependência total** do idoso é o resultado da avaliação do score de dependência física e do score de dependência mental. A média do score de dependência total obtida é de 0,49, porem, mais de metade dos idosos possuía um score superior a 0,50, o que revela que grande parte dos idosos tinha um índice de dependência moderada precisando de algum apoio a nível das actividades de vida diária. Uma minoria dos idosos precisa apenas de alguma supervisão dos familiares, mas outra minoria precisa de ajuda total.

Rato et al.(2009) Verificou no seu estudo, existir forte relação ( $p < 0,01$ ) entre Funcionalidade e Estado Cognitivo, com maior prevalência de Dependência em situações de perturbação cognitiva considerável (96% e 98%), quando comparada com dependência em situações de perturbação cognitiva ligeira ou a sua ausência (77% e 89%).

No estudo realizado por Sequeira (2007) a 184 idosos dependentes, 101 apresentavam uma dependência de causa física e 83 apresentavam dependência devido a uma perturbação demencial. E as principais patologias associadas à dependência física foram as doenças cardiovasculares, a diabetes e as osteoarticulares (Sequeira,2010).

***Os motivos dos cuidadores ou gestores cuidarem dos idosos***, incidiram nomeadamente nos motivos normativos, ou seja, por obrigação e por dever, em 60% da população, e afectivos, ou seja, por amor, carinho e ternura em mais de 40%. Teve alguma expressão a proximidade física, com 20% da população. Segundo Lesemann e Martin (1995), a família intervém a nível dos cuidados, num sentido de entreajuda, com sentimentos quer de obrigação quer de amor, a família promove a permanência de presença e de acção, a prestação de cuidados é um trabalho contínuo, tanto material como afectivo, a componente afectiva está sempre presente e é fundamental. Martin (2005) menciona que os cônjuges e os filhos alegam questões de dever misturadas com considerações amorosas ou sentimentais.

Os cônjuges cuidam por solidariedade conjugal vitalícia, pois “*casam-se para o melhor e para o pior, na saúde e na doença*”. A solidariedade filial será por gratidão sincera com os pais, “*sem envolver a noção de dever e troca*”, está inteiramente correlacionada com a cultura, com os princípios de dever social e dever moral (Figueiredo, 2006).

**Os tipos de cuidados prestados pelos cuidadores** aos idosos dependentes eram cuidados afectivos em mais e 80% da população, seguindo-se os cuidados físicos em aproximadamente 80% da população, de auxílio instrumental pouco mais de 50%.

O sexo feminino distribui-se de forma mais ou menos uniforme em todo o tipo de cuidados a prestar. Os homens prestam menos cuidados físicos do que as mulheres, mas os homens todos prestam cuidados afectivos. No estudo de Dwyer e Coward (1991), e em concordância com outros estudos, citado por Martin (2005) aproximadamente 3,22 vezes mais filhas que filhos ajudam nas actividades de vida diária e 2,56 nas actividades instrumentais de vida diária. O estudo realizado por Ribeiro (2005) a cuidadores homens demonstra que todos os cuidadores homens prestam apoio emocional, companhia e fazem a gestão do dinheiro, seguindo-se os apoios a nível instrumental, supervisão dos cuidados formais e só depois surge os cuidados a nível das actividades básicas de vida diárias.

**Têm ajuda de terceiros**, mais de 80% dos cuidadores ou gestores de cuidados e a maioria refere que presta quase todo o tipo de cuidados. No entanto, aproximadamente 20% não recorreram a apoio de terceiros, nem apoios formais nem informais.

O **tipo de apoio** a que os familiares cuidadores ou gestores dos cuidados aos idosos dependentes recorreram, constata-se ser de forma homogénea, a empregada doméstica, ao apoio domiciliário privado e a outros familiares. A instituição é dos últimos recursos e são poucos cuidadores a recorrer a ela. No estudo realizado por Ribeiro (2005), quando o cuidador é um homem, estes recorreram também de forma mais ou menos homogénea, primeiramente a apoio domiciliário, seguindo-se a empregada doméstica, o centro de dia e como ultimo recurso mencionam o lar, e a combinação do apoio formal com o informal é frequente para estes cuidadores.

**Razões para a institucionalização** dos idosos dependentes, apenas 20% dos familiares cuidadores recorreram à institucionalização dos seus idosos, por agravamento do estado geral do idoso, devido à distância geográfica impossibilitando assegurar os cuidados diários, porque o casal de idosos encontravam-se ambos dependentes e um deles com demência, devido ao emprego e a cansaço físico. Segundo Lesemann e Martin (1995), a família está em primeira linha em relação às instituições e contribui para que os idosos sejam mantidos no domicílio por mais tempo, adiando e prevenindo o internamento quando o grau de dependência aumenta.

**As alterações na dinâmica da vida familiar do cuidador**, de maior relevo são as alterações nas rotinas familiares, referidas por 40% dos cuidadores, seguindo-se no tempo livre e lazer. As alterações nas relações familiares, na vida social, na actividade profissional, e a sensação de sobrecarga tiveram um destaque menor e similar. Os cuidados ou a gestão dos cuidados ao idoso dependente não influenciaram na dinâmica familiar em 20% dos familiares.

**As principais dificuldades e/ou necessidades** sentidas pelos familiares cuidadores ou gestores dos cuidados são essencialmente na gestão do tempo, em 40%, seguindo-se a saúde do cuidador e a prestação de tarefas físicas, em cerca de 20%. Com menor relevância, as ajudas técnicas, a informação e formação, conciliação do emprego com o tempo de cuidar, descritas em menos de 20%.

Cuidar de um idoso dependente exige muito tempo e dedicação, frequentemente o cuidador não tem tempo para si nem para o resto da família e vê-se com imensas tarefas pela frente para realizar.

Necessidades informativas como realizar os cuidados (levantar o idoso, cuidar da higiene pessoal, vesti-la), conhecimentos acerca da própria doença e dependência, que tipo de adaptações ambientais e arquitectónicas possam ser benéficas ao doente, de que direitos poderão usufruir e que deveres, informação sobre serviços disponíveis, subsídios (Figueiredo, 2006).

Necessidades de ajudas técnicas, falta material técnico adequado, como cadeira de rodas, andador, cama articulada e outras que facilitem as tarefas do cuidar. Por vezes, a possibilidade de alugar este material é importante devido ao elevado preço como à incerteza do seu tempo de utilização (Figueiredo, 2006).

Proporcionar cuidados durante um longo período de tempo pode ser física e psicologicamente esgotante e intervir negativamente na saúde e bem-estar do cuidador. É frequente os cuidadores referirem, cansaço físico e sensação de deterioração gradual do estado de saúde. A investigação revela também que o sistema imunitário dos cuidadores é frágil, têm mais doenças crónicas e uma pior saúde global (Figueiredo, 2006).

A sobrecarga das mulheres faz com que estas se debatam com grandes dificuldades para conciliar o trabalho profissional com as responsabilidades familiares (José e Wall, 2006). “*Se por um lado a coabitação flexibiliza tempos e espaços de cuidados, por outro lado, avoluma tarefas...*” (Gil, 2008:10).

Os cuidadores informais enfrentam constantemente a tarefa de equilibrar as necessidades do idoso dependente com as suas próprias e, muitas vezes, com as dos outros membros da família. Segundo Cohen e Eisdorfer (2001) citado por Figueiredo (2006), ocasionalmente,

surtem como respostas à tensão criada no dia-a-dia, aos sentimentos de fúria, à frustração, a sentimentos de culpa e tristeza.

O impacto da tarefa de cuidar de um idoso dependente é maior nos casos com demência associada pois assiste-se à deterioração cognitiva, emocional e física do familiar idoso de forma particularmente penosa. A demência priva a pessoa da sua capacidade de memória, de raciocínio, autonomia e independência. A responsabilidade do cuidador de um idoso demenciado encontra-se frequentemente associada a níveis elevados de depressão, ansiedade e irritação, a fraca saúde percebida e o uso elevado de medicamentos psicotrópicos (Figueiredo, 2006).

Estas dificuldades podem ser diminuídas através de vários apoios, quer a nível da oferta de equipamentos e serviços para idosos e crianças, quer a nível dos benefícios sociais, como subsídios, licenças, benefícios fiscais, etc. (José e Wall, 2006).

**As estratégias** desenvolvidas para colmatar as dificuldades, quase metade da população recorreu a empregada doméstica, seguindo-se o apoio informal recorrendo a outros familiares e amigos, só depois vem o recurso ao apoio domiciliário e com menor expressão, a institucionalização em 20% da população.

Stine (2001) citado por Figueiredo (2006) refere que os lares de idosos traduzem uma imagem de abandono e incapacidade familiar, enquanto a prestação de cuidados no domicílio representa a integração social, permitindo ao idoso a permanência num ambiente familiar e confortável, e dentro das suas limitações poderá ter algum controlo sobre a sua vida. Le Bris (1994) citado por Figueiredo (2006) cita que o recurso ao lar é a última escolha, só depois de outras tentativas e recursos sociais falharem, mesmo que o lar tenha qualidade e forneça um bem-estar real, a aversão persiste. A opção do lar torna-se uma escolha muito difícil, porque, por um lado, toda a pressão social condiciona negativamente essa opção e por outro lado, a consciência individual é confrontada com o dever de reciprocidade de solidariedade (Figueiredo, 2006).

## **5 – CONCLUSÃO**

Na amostra estudada, pode constatar-se a feminização dos intervenientes na relação de cuidados de um familiar a um idoso dependente e que os familiares possuem um nível socioeconómico favorável, sendo essa condição menos prevalente nos idosos.

No respeitante à dependência dos idosos, estes apresentam um índice de dependência física severo. Das actividades diárias, as mais afectadas são as de autonomia instrumental, seguindo-se a locomoção e depois as de autonomia física. A nível do estado cognitivo, apresentam um índice de dependência mental moderado, e apresentam uma melhor orientação espacial do que temporal. Na avaliação total da dependência física e mental, pode-se concluir que são idosos com um índice de dependência moderada, precisando de bastante apoio a nível das actividades de vida diárias.

As principais dificuldades ou necessidades sentidas pelos cuidadores ou gestores dos cuidados destacou-se a gestão do tempo, em que a maioria dos cuidadores se encontram activos profissionalmente. Também foi marcante a perturbação da saúde do cuidador, em que o cuidar do idoso dependente agravou a sua saúde, com mais problemas de saúde, principalmente de natureza respiratória e músculo-esquelética. Seguiram-se as dificuldades relacionadas com as tarefas físicas.

As principais estratégias desenvolvidas pela família do idoso dependente para colmatarem as dificuldades foi recorrer a empregada doméstica, seguindo-se o apoio informal através de outros familiares e amigos, e o apoio domiciliário. Apenas 1/5 recorreu à instituição.

Apesar das dificuldades dos familiares cuidadores, e do elevado índice de dependência dos idosos, a maioria destes cuidadores optaram por cuidar no domicílio, permitindo aos idosos a permanência num ambiente familiar e confortável.



## 6 - BIBLIOGRAFIA

ABOIM, Sofia – evolução das estruturas domésticas. *Revista Sociologia - Problemas e práticas*. Nº 43, (2003) 13-30.

ALMEIDA, Ana Cristina, MIRANDA, Mónica, RODRIGUES, Márcia, MONTEIRO, Ricardo - Transição do doente dependente para a família. *Revista Sinais Vitais*. Nº 62. Coimbra. (2005) 26-31.

ALMEIDA, Ana Nunes; GUERREIRO, Maria das Dores; TORRES, Anália; Wall, Karin - Relações familiares: Mudança e diversidade, in José Manuel Viegas e António Firmino da Costa (organizadores), *Portugal que Modernidade*.Cap.2. Celta editora, Oeiras (1998) 45- 77.

AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. VOL. 18, Nº2 Lisboa - Julho/Dezembro (2000) 23-31.

ANDRADE, Fernanda M.M. - O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. *Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia* (2009), 28-70.  
([http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mestrado\\_Fernanda\\_%20Andrade-Vers%C3%A3o\\_final.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf), (30/08/2011)

BARRETO, J.– Os sinais da doença e a sua evolução. In CALDAS, A.C, MENDONÇA, A. – *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel, (2005).

BOTELHO, M. Amália - Idade avançada – características biológica e multimorbilidade, Comorbilidade de doenças crónicas em mgf. *Revista. Port Clin. Geral*, Nº23, (2007) 191-195.

BOTELHO, M. Amália - Critérios de monitorização biopsicossocial nas UCC – Método de Avaliação Biopsicossocial: MAB. *Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia, Sinapse*, Vol. 8, Nº1, Maio (2008) 79-80.

CARRILHO, Maria José, PATRICIO, Lurdes - A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos*. nº38, Artigo 6º. Lisboa (2006) 111- 140.

CARRILHO, Maria José, PATRICIO, Lurdes - A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. nº 48, Artigo 5º, Lisboa, INE (2010) 101- 145.

CASTANHEIRA, Ana - Reflexão sobre o Impacto das Políticas Adaptadas no Rácio Económico de Dependência das Pensões Portuguesas de Velhice e de Invalidez. *Cadernos Sociedade e Trabalho VII – Protecção Social, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social* Lisboa, MTSS/DGEEP. (2006).

DIONÍZIO, S., SCHOUTEN, J. - Conciliação da vida familiar e actividade profissional. *Sociedade e trabalho*, nº 33 (2007) 81-100.

DUARTE, Yeda, ANDRADE, Claudia, LEBRÃO, Maria - O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Esc.Enfermagem USP*, 41 (2). (2007) 317-325.

FARIA, Monique Vieira – Efeito da actividade física sobre factores de risco de queda em idosos: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Dissertação de Mestrado apresentada à faculdade de desporto da Universidade do Porto, Setembro (2010).

FERNANDES, Ana Alexandre - Demografia e Família e Avós, Pais e Netos - topografia de relações intergeracionais. *Velhice e Sociedade*. Celta editora. (1997) 75-103.

FERNANDES, Ana Alexandre - Demografia, Família e políticas sociais em Portugal. *Velhice e Sociedade*. Celta editora. Oeiras (1997 a) 59- 74.

FERNANDES, Ana Alexandre - Envelhecimento demográfico - As Transformações da modernidade. *Cidade SOLIDÁRIA*. ano 2. nº 3. Lisboa (1999) 16 – 21.

FERNANDES, Ana Alexandre - Questões demográficas: Demografia e Sociologia da População. Edições Colibri. Lisboa (2008).

FIGUEIREDO, Daniela (col.) - Cuidados Familiares: Cuidar e ser Cuidado na família. *Envelhecer em família – Cuidados familiares na velhice*, Âmbar, Porto, (2006) 51-80.

FONTAINE, Roger – A Psicopatologia do Envelhecimento. *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi, Lisboa (2000) 159- 173.

FORTIN, Marie Fabienne - O Processo de Investigação Científica, da concepção à realização. Décaire Editeur, Lusociência (1999).

GIL, Ana Paula Martins - Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice. *Cadernos de Política Social – Redes e Políticas de Solidariedade* - Globalização e Política Social, Associação Portuguesa de Segurança Social, nº1, Junho de 1999. 93 -114.

GIL, Ana Paula Martins - envelhecimento activo: complementariedades e contradições. *Fórum Sociológico*, CesNova (no prelo), S/P (2008).

GIL, Ana Paula Martins. Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior (2010).

GONÇALVES PEREIRA, M., MATEOS, R - A Família e as pessoas com demência: Vivências e necessidades dos cuidadores. In Firmino H, Cortez Pinto L, Leuschner A, Barreto J (Eds). *Psicogeriatrica*, Ed. Psiquiatria Clínica. Coimbra (2006) 541-560.

GUERREIRO, Manuela, et al. - Avaliação breve do estado mental, in Guerreiro, Garcia & Mendonça, escalas e testes na demência. Grupo de Envelhecimento Cerebral e Demência (2003);

HARPER, Sara - Addressing the implications of global ageing. *Jornal of population Research*. 23:2, (2006)205-223.  
[http://portalcodgdh.minsauade.pt/index.php/International\\_Classification\\_of\\_Primary\\_Care\\_version\\_2\\_\(I\\_CPC-2\)\\_](http://portalcodgdh.minsauade.pt/index.php/International_Classification_of_Primary_Care_version_2_(I_CPC-2)_) (1/9/2011).

HENRIQUES, Maria Adriana P. - Adesão ao regime terapêutico em idosos. Lisboa, Universidade de Lisboa, maio (2006). [www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF](http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF)

JOSÉ, São José, WALL, Karin - Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. Cadernos Sociedade e Trabalho nºVII – Protecção Social. *Ministério do Trabalho e Solidariedade Social*, Lisboa: MTSS/ DGEEP (2006).

LAGE, Isabel - Cuidados familiares a idosos. in PAÚL, C., FONSECA, A., (Cord). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi. Lisboa (2005) 203- 229.

LESEMANN, Frédéric, MARTIN, Claude - Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um “ Welfare-Mix. *Sociologia- problemas e práticas*. nº 17 (1995) 115-139.

LOBO, Alexandrina, PEREIRA, Adriana - Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista referência*. II.ª Série - nº 4- Jun (2007).

MACHADO, Paulo - *Mudança Social, Envelhecimento, Velhice em meio Urbano*. “A velhice inclusa – residir em instituição” – Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Nova de Lisboa (2005).

MARTINS, Teresa, RIBEIRO José L., GARRETT, Carolina - Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e doença*, vol.4, nº1, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa (2003) 131-148.

MARTÍN, Ignacio - O cuidado informal no âmbito social. in PAÚL, C., FONSECA, A (cord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi (2005) 179- 202.

MONTEZUMA, Camila Araújo, FREITAS, Maria Célia, MONTEIRO, Ana Ruth. - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista eletrônica de enfermagem* (2008) 395-404.  
[http:// www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n1a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n1a11.htm)

NUNES, B. – A demência em números. In CALDAS, A.C, MENDONÇA, A. – A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel 2005.

OLIVEIRA, Adelaide [et al.] – Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais. “Com mais cuidado” da FUNDACIÓN MAPFRE. 1ª edição, Setembro (2010).

PAÚL, Constança. *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra, Almedina. (1997).

PEARSON, M. [et al.] - Health on borrowed time? *Health and social care in the community*. nº1. (1993), 45-54.

PINTO, Anabela Mota, BOTELHO, Maria Amália - Fisiopatologia do Envelhecimento. *Fisiopatologia - Fundamentos e Aplicações*, Cap. 2. Lisboa, Lidel – edições técnicas (2007) p.493-514.

POLIT, Denise, HUNGLER, Bernadette, [et.al] - Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização” 5ªed. Porto Alegre, artmed. (2004).

QUARESMA, Maria de Lourdes. - Interrogar a dependência. *O Sentido das Idades da Vida - Interrogar a solidão e a dependência*, ISSSL, Cesdet Edições (2004) 37-50.

RATO, Helena, RODRIGUES, Miguel, RANDO, Belén - Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Relatório final, equipa multidisciplinar de investigação e consultoria, Instituto Nacional de Administração Oeiras (2009).

RIBEIRO, Óscar - Quando o Cuidador é um homem, envelhecimento e orientação para o cuidado. in PAÚL, C., FONSECA, A (cord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi (2005) 231-254.

SOTTO MAYOR, Margarida; SEQUEIRA, Carlos; PAÚL, Constança.- Um espaço de intervenção com os cuidadores, num serviço de psicogeriatrica – A consulta de enfermagem, In LEAL, I; RIBEIRO, J. P., JESUS, S. N. (orgs.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa. (2006) 557-563.

SARDON, Jean-Paul - Recent Demographic Trends in the developed countries. *population- E*. 61:3 (2006) 197-266.

SARACENO, C., NALDINI, M. – Sociologia da família. 2ª Edição. Lisboa: Editorial Estampa, (2003).

SEQUEIRA, Carlos .– Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto (2007).

SEQUEIRA, Carlos - Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental. Lisboa. edições Lidel. (2010).

SILVA, Mª Eugénia Duarte - Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. in PAÚL, C., FONSECA, A (cord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi (2005)137- 156.

SOUSA, Liliana (col) - O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidados formais. *envelhecer em família – Cuidados familiares na velhice*. Porto. Âmbar. (2006) 83-119.

SPAR, James , LA RUE, Asenath – Guia de psiquiatria geriátrica. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

WALL, Karin, SÃO JOSÉ, José, CORREIA, Sónia, V. - Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. *Working Papers, Instituto de Ciências Sociais* – Universidade de Lisboa. (2002) 1-14. In [www.ics.ul.pt](http://www.ics.ul.pt)

## **OUTRA DOCUMENTAÇÃO:**

*ACTIVE AGEING, A policy framework*: A contribution of the world health organization to the second United Nations World Assembly on Ageing”. Madrid, 2002.

ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL.– Manual do Cuidador. Lisboa: Ponticor. 1999.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO EU. - O futuro demográfico da Europa - Transformar um desafio em oportunidade, de 12 de Outubro de 2006.

[http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/situacion\\_in\\_europe/c10160\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situacion_in_europe/c10160_pt.htm). (13/08/2011).

COMISSÃO EUROPEIA -A *situação social na União Europeia*. Síntese. 2003. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/SSR2003\\_brief\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/SSR2003_brief_pt.pdf)(13/08/2011).

DECRETO-LEI nº28/2002, de 28 de Fevereiro, Diário da República, 1.ª Série, n.º38 (Estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde).

DECRETO-LEI nº60/2003, de 1 de Abril, Diário da República, 1.ª Série A, n.º77 (cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários).

DECRETO-LEI nº281/2003, de 8 de Novembro, Diário da República, 1.ª Série A, n.º 259 (cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde).

DECRETO-LEI n.º101/2006, de 6 de Junho de 2006, Diário da República 1ª-série- A, n.º 109 “Rede Nacional de Cuidados continuados integrados”.

DESPACHO nº 407/ 98, Diário da República, 2.ª Série, n.º138 (deu início à intervenção coordenada na área do apoio social e dos cuidados continuados de saúde).

DESPACHO nº360/ 99, Diário da República, 2.ª Série, n.º99 (criação de um grupo de trabalho, para estudar e propor medidas para valorização e incentivos na prestação de cuidados no domicílio a pessoas dependentes).

DESPACHO nº16234/2005, de 29 de Junho, Diário da República, 2.ª Série B, n.º 142 (nomeia os elementos que compõem a Comissão de Acompanhamento e Monitorização para garantir a eficaz aplicação do Protocolo de Cooperação para a Prestação de Cuidados Continuados de saúde, entre a União das Misericórdias Portuguesas e o Ministério da Saúde, de acordo com o DL nº 281/2003 de 8 de Novembro).

EUROPEAN COMMISSION - The social situation in the European Union. (2004).

INE-. - Actualidades, O envelhecimento em Portugal, situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Instituto Nacional de Estatística em sintonia com a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que teve lugar em Madrid, entre 8 e 12 de Abril de 2002.

INE- Instituto Nacional de Estatística.- Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. *destaque, informação à comunicação social*, 19 de Março 2009.

GESAWORLD, Sociedade anónima - Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual, Projecto de Apoio e Assessoria á implementação de um modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência, 2005.

Portal da Saúde Pública da União Europeia - Saúde UE [http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/elderly/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_pt.htm) (14/08/2011).

PORTARIA nº 1089 – A /2007, Diário *da República*, 1.<sup>a</sup> Série n.º 171 (fixa os Preços dos Cuidados de Saúde e de Apoio Social Prestados nas Unidades de Internamento e Ambulatório da RNCCI).

RESOLUÇÃO nº 59/2002, de 28 de Fevereiro *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série B, n.º 69 (aprova e cria a *Rede Mais* como Suporte dos Sistema Cuidados Continuados Integrados).

RESOLUÇÃO nº 84/2005, de 27 de Abril, Diário *da República*, 1.<sup>a</sup> Série B, n.º 81 (propõe uma Comissão de Trabalho para definir um Modelo de Intervenção às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência).

## **ANEXOS**

ANEXO I  
QUESTIONÁRIO

Exm.Sr.(a) Utente

Sou Enfermeira, no Hospital CUF Descobertas, no Internamento Geral de Cirurgia, Piso 6, encontro-me a frequentar um Curso de Mestrado em “*Saúde e Envelhecimento*” na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento, estou a realizar um trabalho de investigação aplicada, inserido no projecto de preparação da dissertação do mestrado. É um estudo centrado na dinâmica da família cuidadora de um familiar idoso dependente. E pretendo ***identificar Quais as dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas pela família, desde o surgimento de dependência do seu familiar idoso e ao mesmo tempo diagnosticar a dependência do idoso.***

Gostaria que colaborasse neste estudo, preenchendo este questionário, que será de fácil resolução, sendo as suas respostas estritamente confidenciais e apenas utilizadas para os objectivos do estudo.

O Questionário é dividido em duas partes, assim:

- A primeira parte é constituída por questões referentes ao familiar “gestor” dos cuidados prestados ao idoso dependente.
- A segunda parte baseia-se em dados do idoso dependente, são questões relacionadas com o idoso dependente.

O seu testemunho é único e de extrema importância, visto contribuir para a identificação das dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas pela família, desde o surgimento da dependência do seu idoso.

Por Favor:

- Leia com atenção o enunciado das questões, antes de responder.
- Não se esqueça de responder a nenhuma questão, para que o questionário possa ser válido.
- Não assine o questionário, mantenha o anonimato.

Obrigada pela colaboração  
Anabela Reis da Silva Costa



## **QUESTIONÁRIO**

### **1ª PARTE**

#### **(Questões referentes ao familiar que cuida ou gere os cuidados)**

Para responder às questões que se seguem, faça uma cruz (X) na linha correspondente à sua resposta, e sempre que for solicitado preencha as restantes questões.

#### **ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICO**

1. Sexo: \_\_\_\_\_

2. Idade \_\_\_\_\_

3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

4. Estado civil \_\_\_\_\_

5. O seu idoso dependente vive consigo? \_\_\_\_\_

6. Grau de parentesco ou proximidade em relação ao idoso:

\_\_\_\_\_

7. Quantos irmãos tem? \_\_\_\_\_

8. Quantos Filhos tem? \_\_\_\_\_

9. Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_

10. Actualmente encontra-se a trabalhar?

➤ Sim \_\_\_\_\_ Quantas horas/ Semana? \_\_\_\_\_

➤ Não \_\_\_\_\_ porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Rendimento mensal:

➤ Inferior a 500 Euros \_\_\_\_\_

➤ Entre 500 – 1000 Euros \_\_\_\_\_

➤ Entre 1001- 1500 Euros \_\_\_\_\_

➤ Entre 1501 –2000 Euros \_\_\_\_\_

➤ Superior a 2000 Euros \_\_\_\_\_

➤ Não respondo \_\_\_\_\_

**SAÚDE GERAL**

**12. Tem problemas de Saúde? Se sim quais?**

---

---

**13. Como considera a sua saúde actual?**

- *Muito boa* \_\_\_\_
- *Boa* \_\_\_\_
- *Fraca* \_\_\_\_
- *Má* \_\_\_\_

**14. Acha que desde que assumiu a tarefa de cuidar ou gerir os cuidados ao seu idoso dependente, a sua saúde tem-se agravado?**

- *Sim* \_\_\_\_
- *Não* \_\_\_\_

**QUESTÕES GERAIS:**

**15. Há quanto tempo gere os cuidados?**

---

**16. A decisão de quem cuida ou gere os cuidados do idoso dependente, foi Baseada em Quê? Porque assumiu esta tarefa? Diga duas razões importantes.**

---

---

---

**17. Que tipo de tarefas, apoio ou cuidados presta ao seu familiar idoso dependente?** \_\_\_\_\_

---

**18. Tem ajuda de terceiros ou de uma instituição? \_\_\_\_\_.**

**Se sim, De quem?**

---

---

---

**19. Se recorreu à institucionalização do seu idoso, qual foi o motivo? Diga dois motivos.**

---

---

---

**20. A dependência do seu familiar idoso veio alterar a dinâmica familiar, modificando a rotina da família? Se sim, em que aspectos? Diga dois aspectos importantes.**

---

---

---

---

**21. Quais as principais dificuldades ou necessidades, sentidas por si, em relação à Tarefa do cuidar ou gerir os cuidados ao seu idoso dependente, desde que surgiu a dependência? Mencione duas dificuldades.**

---

---

---

---

**22. De que forma ultrapassou essas dificuldades? Mencione duas.**

---

---

---

---

**2ª PARTE**

**(Questões referentes ao Idoso dependente)**

Para responder às questões que se seguem, faça uma cruz (X) na linha correspondente à sua resposta, cada questão pode ter mais do que uma cruz, ou Sempre que for solicitado preencha as restantes questões.

**ESTADO SOCIO-DEMOGRÁFICO DO IDOSO**

**1. Sexo:** \_\_\_\_\_

**2. Idade:** \_\_\_\_\_

**3. Nacionalidade** \_\_\_\_\_

**4. Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**5. Quantos Filhos Tem?** \_\_\_\_\_

**6. Com quem Vive:**

- *Sózinho (a)* \_\_\_\_\_
- *Cônjuge* \_\_\_\_\_ *Companheiro(a)* \_\_\_\_\_
- *Filhos* \_\_\_\_\_
- *Numa instituição* \_\_\_\_\_
- *Outros* \_\_\_\_\_, *Quem?* \_\_\_\_\_

**7. Tempo em que está só nas 24h?**

- *8 Horas ou mais* \_\_\_\_\_
- *Menos de 8 horas* \_\_\_\_\_

**8. Anos de escolaridade completos:** \_\_\_\_\_

**9. Qual foi /ou é a sua profissão?** \_\_\_\_\_

**10. A sua Pensão de reforma é:**

- *Inferior a 500 Euros* \_\_\_\_\_
- *Entre 500 – 1000 Euros* \_\_\_\_\_
- *Entre 1001- 1500 Euros* \_\_\_\_\_
- *Entre 1501 –2000 Euros* \_\_\_\_\_
- *Superior a 2000 Euros* \_\_\_\_\_
- *Não respondo* \_\_\_\_\_

**11. O idoso usufrui de algum tipo de apoio económico/ financeiro, ou material da segurança social ou de outro seguro? Qual?**

---

---

**ESTADO DE SAÚDE**

**12. Refira os problemas de saúde do idoso dependente:**

---

---

---

**13. Qual ou quais foram os problemas, que o levaram à dependência?**

---

---

**14. A dependência surgiu de forma progressiva ou subitamente?**

---

**EM RELAÇÃO A QUEDAS:**

**15. Quantas vezes caiu no último ano? \_\_\_\_\_**

➤ Quando foi a ultima vez? \_\_\_\_\_

➤ Qual ou quais foram os motivos? \_\_\_\_\_

---

➤ Posteriormente ficou com alterações na mobilidade?

➤ *Sim* \_\_\_\_\_

➤ *Não* \_\_\_\_\_

### **A NÍVEL DA LOCOMOÇÃO:**

#### **16. Qual a sua capacidade em se deslocar?**

##### **16.1. Andar em casa:**

- *Incapaz, não anda* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de apoios mecânicos (andarilho, canadianas, cadeira de rodas)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

##### **16.2. Andar na rua:**

- *Incapaz, não anda* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de apoios mecânicos (andarilho, canadianas, cadeira de rodas, bengala)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

##### **16.3. Andar em escadas:**

- *Incapaz, não anda* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de apoios mecânicos (canadianas, bengala, etc..)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

### **A NÍVEL DA AUTONOMIA FÍSICA:**

#### **17. Como realiza as seguintes tarefas?**

##### **17.1. Lavar-se/ tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se):**

- *Incapaz, não se lava* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios (apoios mecânicos)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

##### **17.2. Vestir-se/ despir-se (escolher, preparar, vestir-se):**

- *Incapaz, não se veste* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios (apoios mecânicos) /ou ajuda nos acabamentos* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**17.3. Usar a sanita e/ou bacio/urinol** (Usar, limpar-se, roupa, despejar)

- *Incapaz, não usa*\_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios (apoios mecânicos)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente*\_\_\_\_

**17.4. Deitar-se/ levantar-se da cama** (mover-se, transferir-se, andar):

- *Incapaz, não se levanta*\_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros*\_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios (apoios mecânicos)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente*\_\_\_\_

**17.5. Sentar-se/levantar-se de cadeiras** (mover-se, transferir-se, andar):

- *Incapaz, não se senta, é acamado*\_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros*\_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios (apoios mecânicos)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente*\_\_\_\_

**17.6. Controlar a urina:**

- *Incapaz, não controla*\_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros*\_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios/ por incontinência esporádica (Pensos, cueca tipo fralda)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente*\_\_\_\_

**17.7. Controlar as fezes**

- *Incapaz, não controla*\_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros*\_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios/ por incontinência esporádica (Pensos, cueca tipo fralda)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente*\_\_\_\_

**17.8. Alimentar-se Comer** (Servir-se, preparar alimentos, comer)

- *Incapaz, não se alimenta* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros*\_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios (Fica tudo já preparado, Pão, carne, peixe, fruta)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente*\_\_\_\_

**A NÍVEL DE AUTONOMIA INSTRUMENTAL:**

**18. Como Realiza as seguintes tarefas?**

**18.1. Usa o Telefone** (marcar n<sup>o</sup>s, atender)

- *Incapaz, não usa* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios (Ex. teclas de memória, amplificação, tele-  
alarme)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**18.2. Fazer Compras** (todas as compras necessárias)

- *Incapaz, não faz* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda de outros meios/ajuda ocasional* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**18.3. Preparar refeições** (planejar bem, preparar, servir-se)

- *Incapaz, não faz* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros (só aquece as refeições, que já estão preparadas)*  
\_\_\_\_
- *Com ajuda ocasional (faz refeições com dieta inadequada)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**18.4. Tarefas de lida de casa** (pesadas e leves, com limpeza)

- *Incapaz, não faz* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros* \_\_\_\_
- *Com ajuda ocasional (Apenas faz tarefas leves, Ex. Lavar loiça, limpar o  
pó, usar esfregona)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**18.5. Lavar/tratar da sua roupa** (grande e pequena)

- *Incapaz, não faz* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros(para peças grandes e pequenas)* \_\_\_\_
- *Com ajuda ocasional (lava e trata peças pequenas)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_



**18.6. Usar transportes (onde não pode ir a pé)** (Ex. transportes públicos, Táxi/ carro, conduzir)

- *Incapaz, não usa* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros (sempre acompanhado)* \_\_\_\_
- *Com ajuda ocasional (para algumas saídas)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**18.7. Tomar os seus medicamentos** (nas doses e tempos correctos)

- *Incapaz, não toma* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros (para preparar a medicação diária)* \_\_\_\_
- *Com ajuda ocasional (por ex. na provisão de medicamentos)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**18.8. Gerir o seu dinheiro** (contas, cheques, idas ao banco)

- *Incapaz, não faz* \_\_\_\_
- *Com ajuda de terceiros (regularmente/diariamente ou semanalmente)* \_\_\_\_
- *Com ajuda ocasional (por exemplo para contas grandes, impostos, recibos, mensal/anual)* \_\_\_\_
- *Sem ajuda, independente* \_\_\_\_

**EM RELAÇÃO A QUEIXAS EMOCIONAIS DO IDOSO:**

**19. Nas últimas 4 semanas tem se sentido:**

**19.1. Triste/deprimido?**

- *Muito tempo/sem resposta* \_\_\_\_
- *Metade do tempo* \_\_\_\_
- *Pouco tempo* \_\_\_\_
- *Nunca* \_\_\_\_

**19.2. Nervoso/ansioso?**

- *Muito tempo/sem resposta* \_\_\_\_
- *Metade do tempo* \_\_\_\_
- *Pouco tempo* \_\_\_\_
- *Nunca* \_\_\_\_

**19.3. Com outras queixas emocionais**

- *Com queixas* \_\_\_\_
- *Sem queixas* \_\_\_\_

## **ESTADO COGNITIVO**

### **20. O idoso responde à questão:**

#### **20.1. Em que ano estamos?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.2. Em que mês estamos?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.3. Quantos são hoje (dia do mês)?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.4. Em que estação do ano estamos?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.5. Que dia da semana é hoje?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.6. Como se chama o nosso país?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.7. Em que distrito vive?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.8. Em que terra vive?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.9. Como se chama esta casa?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

#### **20.10. Em que andar estamos?**

- *Não reponde/ não sabe/ errado* \_\_\_\_
- *Certo* \_\_\_\_

**FIM**